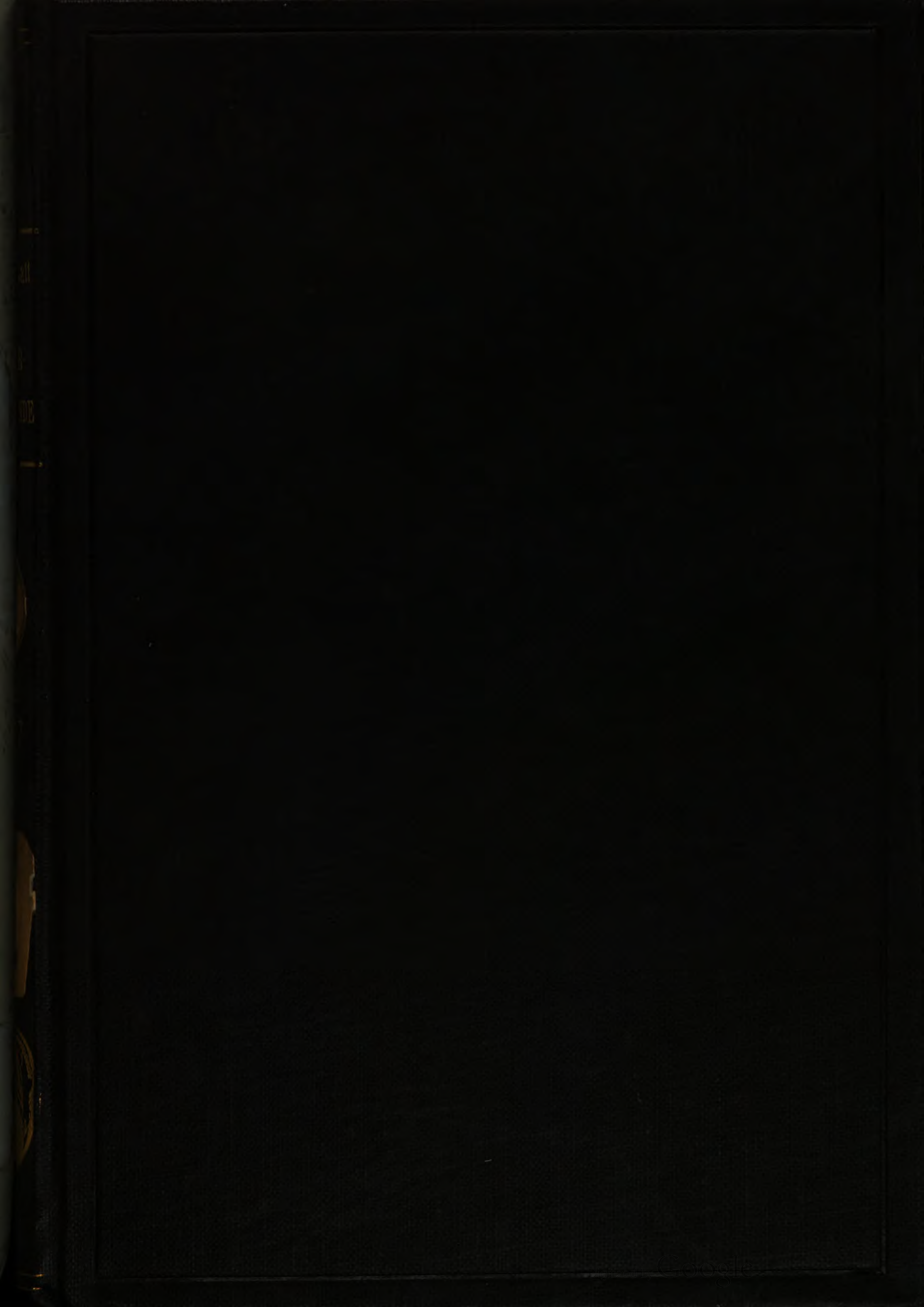
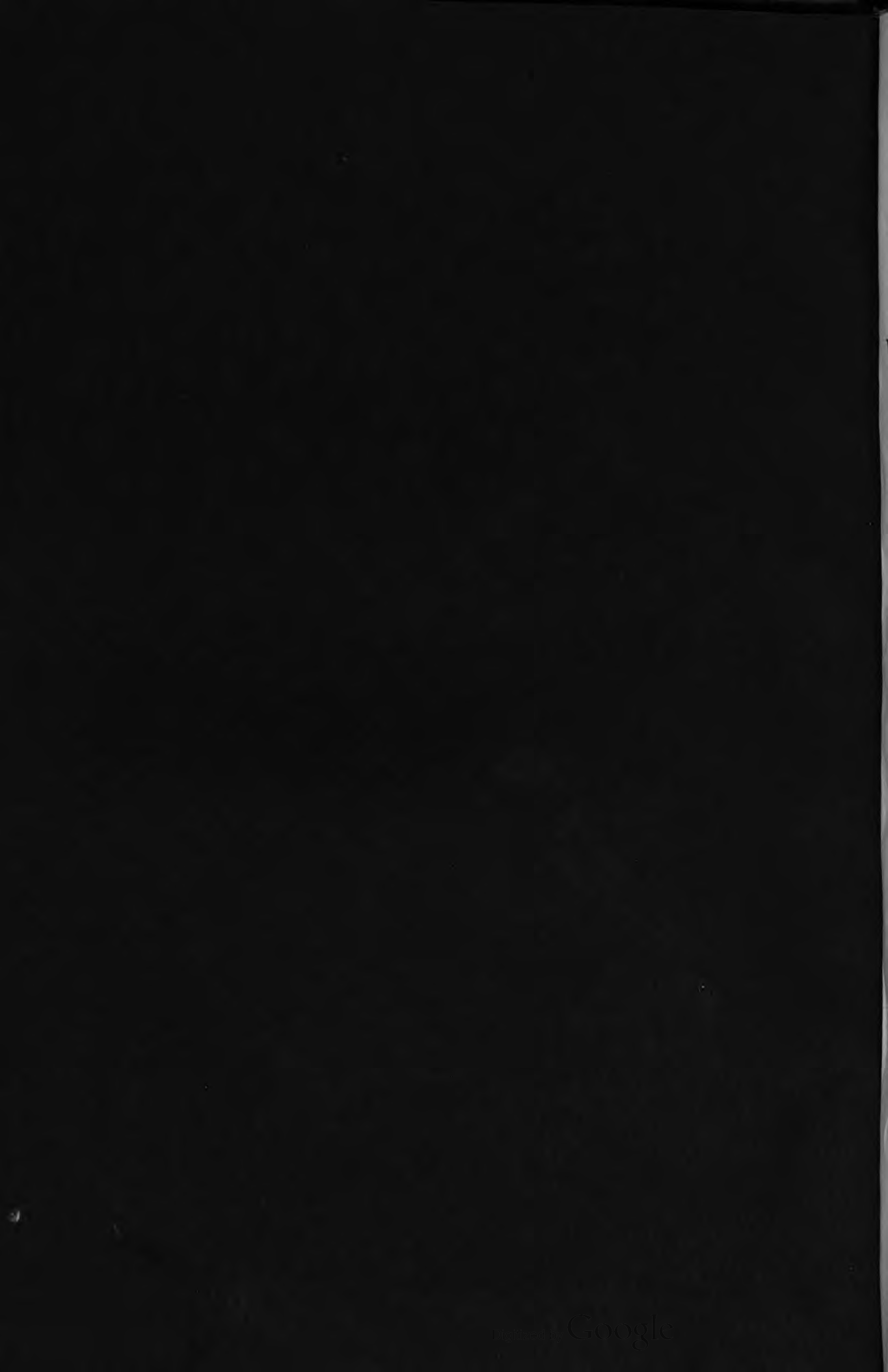





Cres Vita
Cat Sci Exco-
entia latur







ZENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

SAN.-RAT DR. E. GRAETZER
IN FRIEDENAU-BERLIN.

22. JAHRGANG 1917.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1917.



Inhaltsverzeichnis des 22. Jahrganges.

Referate.



Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. **Januar 1917.** Nr. 1.

I. Referate.

Erwin Lazar, Die nosologische und kriminologische Bedeutung des Elternkonfliktes der Jugendlichen. (Eine psychiatrisch-pädagogische Studie aus der Kinderklinik in Wien.) (Zeitschr. f. Kinderhlkde. XI. S. 363.) An Hand von interessanten Beispielen wird die große Bedeutung des Elternhasses für das Zustandekommen dissozialer Erscheinungen bei jugendlichen Individuen auseinandergesetzt. Bekanntlich hat Freud als Wurzel alles Übels in diesen Fällen erotische Momente gesucht, und Verf. weist darauf hin, daß, wenn man schon durchaus nicht an die erotische Wurzel allen Übels glauben will, man wenigstens das Übel selbst anerkennen und seine Ursache und Wirkungen studieren muß.

Solche Konflikte können auch in scheinbar besten Milieu vorkommen. Hier in kurzem Auszug das erste Beispiel. Ein als Säugling durch Schreien auffälliges Kind, das im 4. Monate durch einige Tage leichte Krampfanfälle gezeigt hatte, beginnt schon im 3. Lebensjahre auffallend trotzig, bockig zu werden, lügt gerne. Die Mutter, eine ganz ausgezeichnete Frau, die das Beste für ihre Familie will und sogar selbst eifrig soziale und pädagogische Studien betreibt, hat mit ihren Besserungsbestrebungen keinen Erfolg. Der Vater, im Beruf das Muster eines Beamten, ein biederer Charakter ohne jeden Makel, ist zu Hause ein Tyrann. Er fordert unbedingten Gehorsam der Kinder, neigt zu Zornesausbrüchen; läßt aber andererseits den Kindern Dinge angehen, die besser vermieden werden sollen. Der Patient war anfangs ein ausgezeichneter Schüler und bis zur 3. Gymnasialklasse Vorzugsschüler. Dann langsames Abflauen, in der 6. Klasse nahe am Durchfallen, was in der 7. Klasse auch erfolgte. Dann Versuche mit Handelsschulen und ähnlichem. Alles scheiterte an dem Widerwillen des Patienten, er betrieb Sport, kam in schlechte Gesellschaft, verbrauchte viel Geld und bestahl wiederholt die Eltern. In den letzten Monaten ausgesprochene Feindschaft gegen die Eltern. Patient ist wut- und haßerfüllt. Den Vater haßt er, weil Patient sich von ihm nicht als Kind behandeln lassen will; er habe immer an ihm etwas auszusetzen; er bekomme auch zu wenig Taschengeld. Die Mutter habe er anfänglich sehr geliebt, sie sei ihm durch ewige Moralpauken zuwider geworden. Sie mache ihn entsetzlich nervös; ihre Stimme sei eintönig, langweilig; er lasse sich nicht bemuttern. In ähnlich ungünstiger Weise äußerte sich Patient über die Geschwister; das ganze Elternhaus sei ihm nur eine Hölle.

Der junge Mann kam in eine private Erziehungsanstalt, in der nach kurzer Zeit Heilung eintrat.

Zweifellos liegen in diesem Falle Erziehungsfehler der Eltern der Störung zugrunde, und zwar Erziehungsfehler, die bei dem neuropathischen Kinde viel stärkere schädliche Reaktionen auslösen.

In einem anderen Falle führt das Moment zum Konflikt, daß das uneheliche Kind einer für dasselbe außerordentlich sorgenden Mutter über seine Herkunft im unklaren gelassen, von anderer Seite auf diese Unklarheit aufmerksam gemacht und gestichelt wird. Es

entwickelt sich aus der Affinität zum unehelichen Vater, der in seiner Abwesenheit ideale Formen und Charakterzüge zuerkannt erhält, eine schwere Feindschaft zwischen Mutter und Tochter, die zur Renitenz, Vagieren und sexueller Depravation führt. Ebenso häufig macht sich bei großen Kindern der Widerspruch gegen eine Wiederverehelichung des verwitweten Elternteiles geltend. Als konfliktbefördernd wirkt auch der materielle Niedergang einer Familie. In allen erwähnten Fällen ist das Vorgehen der Eltern nicht gegen die Kinder gerichtet, im Gegenteil, der Konflikt entwickelt sich bei bestehender Liebe und guter Behandlung durch die Eltern.

Überall sieht man Kampf dieser Kinder zwischen Haß und Liebe. Dort wo der Haß einen ordentlichen Grund hat, reagiert er energisch ab und macht den dominierenden Liebesgefühlen wieder Platz; dort wo die einzelnen Handlungen der Eltern nur geringe Grade des Hasses verursachen, muß erst eine Summierung abgewartet werden, bis die Reaktion stürmisch erfolgt. Auch hier kann erst dann das primäre Liebesempfinden frei werden. Solange dies aber nicht der Fall ist, die Liebe sich nicht entfaltet, solange besteht der innere Zwiespalt und die Konfliktsstörung, die sehr leicht zur Neurose, zur Dissozialität und zur Kriminalität führt. Schick.

F. Reiche, Meningitis bei Diphtherie. (Aus dem Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.) (Ebenda. 11. S. 452.) Akute Meningitiden sind bei Diphtherie selten. Unter rund 8000 Fällen hat Verf. sie nur 8mal beobachtet. 2mal handelte es sich um eine Kombination mit sporadischer echter Genickstarre, davon einmal auf der Höhe der Diphtherieerkrankung. Das zweitemal 2—3 Wochen nach Ablauf der Diphtherie. Letzterer Fall verlief tödlich. Infektionsquelle unbekannt. Patient war zweifellos Bazillenträger. Vier weitere Fälle waren Fälle von Mischinfektion (hämolytische Streptokokken, Grampositive Staphylokokken, Pneumokokken und Kolibazillen).

Zwei weitere Fälle sind dadurch interessant, daß ein schweres meningitisches Krankheitsbild (Benommenheit, Unruhe, Nackenstarre, Wirbelsäulenversteifung, Erbrechen, Kernigsches Symptom) auf der Höhe der Diphtherie vorlag, wobei das Punktat nur leicht getrübt war und trotz Kulturversuche sich steril erwies. Es gibt also ähnlich wie bei anderen Infektionskrankheiten (Typhus, Scharlach, Masern, Pneumonie), wo diese Komplikation häufiger vorkommt, ausnahmsweise auch bei Diphtherie eine Meningitis serosa.

Schick.

F. Dollinger, Ein Fall von Bromoderma tuberosum bei einem 9monatigen Säugling im Anschluß an Bromkalziummedikation. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus in Berlin.) (Ebenda. 11. S. 460.) Das Kind hatte wegen schwerem Keuchhusten im Laufe von 14 Tagen im ganzen 28 g $CaBr_2$ = 22,4 g Brom erhalten. Am 12. Tage, also nach 22 g $CaBr_2$ = 17,8 g Brom, zeigten sich auf der Haut die ersten Anzeichen einer Intoxikation in Gestalt kleiner Bläschen und Knötchen, die im Laufe weniger Tage zu großen, derben, warzenähnlichen Knoten heranwuchsen. Trotz Aussetzen des Broms vergrößerten sich die alten und entstanden neue

Eruptionen, und erst 10 Tage hernach kam der krankhafte Prozeß zum Stillstand. Bei der Entlassung des Kindes nach weiteren 33 Tagen war zwar ein deutlicher Rückgang zu erkennen, aber es bestanden immer noch zahlreiche hanfkorn- bis erbsengroße eingetrocknete Hautwucherungen.

Die Effloreszenzen juckten auffallend stark (was sonst Bromausschläge nicht tun), traten zuerst an Stellen auf, wo Kampfer injiziert worden war, und ähnelten anfänglich Varizellen. Die Untersuchung des Urins auf Brom ergab noch 17 Tage nach Aussetzen des Broms deutlich positiven Befund, 39 Tage nach Aussetzen des Broms negativen Befund. Schick.

H. Langer und **H. Krüger,** Die Gramfestigkeit der Diphtheriebazillen und der Pseudodiphtheriebazillen als differentialdiagnostisches Merkmal. (Aus dem Städtischen Untersuchungsamt Charlottenburg.) (D. m. W. 1916 Nr. 24.) Die Gramfestigkeit der Pseudodiphtheriebazillen ist wesentlich stärker als die der Diphtheriebazillen. Hierin liegt ein spezifisches Unterscheidungsmerkmal. Es gilt für jedes Wachstumsstadium der Bazillenkulturen, bedeutet daher eine Erweiterung der färberischen Differenzierungsmöglichkeit. Verff. empfehlen folgende Färbezeiten:

Anilinwasser-Gentianaviolett . .	2 Minuten
Lugolsche Lösung	5 „
Absoluter Alkohol.	15 „
Verdünntes Fuchsin	1 Sekunde

Grätzer.

B. Rattner (Wildau), Ein Fall von Bromoformvergiftung. (Ebenda. 1916 Nr. 28.) Am 20. Juni d. J. wurde Verf. zu einem 4 Jahre alten Knaben gerufen; dieser hatte $1/2$ Stunde vorher aus einer versehentlich unverschlossenen Bromoformflasche getrunken, die dem Kinde zwecks Bekämpfung des Keuchhustens ärztlich verordnet worden war.

Kurz nach dem Genuß von Bromoform fällt das Kind um.

Verf. findet den kleinen Patienten beinahe bewußtlos, zyanotisch, mit kaum fühlbarem frequenten Puls; sonst war nichts festzustellen.

Das Kind bekommt eine Spritze 10%igen Kampfers; darauf folgen Übergießungen mit kaltem Wasser. Das Kind wacht auf, befindet sich aber im Zustand einer Verwirrtheit. Darreichung von starkem Kaffee und eine zweite Spritze Kampfer. Nach einiger Zeit kehrt das volle Bewußtsein wieder zurück, der Puls wird voller und langsamer. Nach $1/2$ Stunde ist der Knabe ziemlich mobil, antwortet auf Fragen und reagiert auf die Umgebung, ist jedoch nicht imstande, beim Gehversuch das Gleichgewicht zu halten. Nach einiger Zeit kommt starkes Erbrechen und nach etwa 3 Stunden vollständige Genesung.

Verf. will gleichzeitig bemerken, daß er die Menge des genossenen Bromoforms auf ungefähr 1 ccm schätzt, d. h. das Kind hat die doppelte Maximaleinzeldosis (0,5 ccm) für Erwachsene und ungefähr die sechsfache Maximaleinzeldosis für 4jährige Kinder verbraucht. Grätzer.

Joseph v. Brudziński, Über eine neue Form des Nackenphänomens bei Kindern im Verlaufe von Gehirnhautentzündung: das Nackenphänomen an den oberen Extremitäten. (Aus dem Karl- und Marie-Kinderspital zu Warschau.) (B. kl. W. 1916 Nr. 33.) Dieses Phänomen besteht darin, daß die passive Beugung des Kopfes eine Beugung in den Ellenbogengelenken und Hebung der Arme auslöst, gerade ebenso, wie bei dem früher beschriebenen Wangenphänomen.

Die Untersuchung des Kranken muß ebenso durchgeführt werden, wie bei der Auslösung des Nackenphänomens an den unteren Extremitäten. Der Untersuchende steht rechts vom Kranken, die rechte Hand fixiert den Thorax des liegenden Kindes; man muß aber darauf achten, daß die rechte Hand des Kranken auf die rechte Hand des Arztes zu liegen kommt, da andernfalls die freie Bewegung der kindlichen Hand verhindert sein könnte. Mit der linken Hand wird nun eine mäßig kräftige Beugung des Kopfes nach vorne ausgeführt. In demselben Momente werden die oberen Extremitäten gebeugt und gehoben, die unteren führen dieselbe Bewegung aus. Dieser letzte Umstand erklärt uns die Tatsache, daß das Phänomen an den oberen Extremitäten bis jetzt der Beobachtung entging: durch die Vorgänge an den unteren Extremitäten wird nämlich unsere Aufmerksamkeit zu stark in Anspruch genommen, um die Bewegungen an den oberen wahrnehmen zu können, besonders dann, wenn die rechte Hand des Untersuchenden auf der rechten Hand des Kindes liegt und dadurch ihre Bewegung hemmt. Wenn jemand auch irgendwelche Bewegungen der oberen Extremitäten bemerkt hätte, so konnte er dieselben für Abwehrbewegungen halten. Es kommt hier aber noch in Betracht, daß nach Verf.s Untersuchungen das Nackenphänomen an den oberen Extremitäten nicht in allen denjenigen Fällen vorhanden ist, wo es an den unteren Extremitäten auftritt; dieser Umstand könnte dazu Veranlassung geben, daß man diesen Reflex bei ungenügend darauf gerichteter Aufmerksamkeit für eine ganz zufällige Erscheinung hält. Nach einer Reihe von Untersuchungen kann Verf. mit Bestimmtheit behaupten, daß wir es hier mit einem neuen Phänomen bei Gehirnhautentzündung zu tun haben, welches man auch als Nackenphänomen bezeichnen muß. In Zukunft wird man deshalb zwischen a) Nackenphänomen an den oberen Extremitäten und b) Nackenphänomen an den unteren Extremitäten oder abgekürzt zwischen a) Nackenphänomen I und b) Nackenphänomen II unterscheiden müssen.

Seit Verf. auf das Nackenphänomen an den oberen Extremitäten aufmerksam wurde, beobachtete er es in 35 Fällen gleichzeitig mit dessen Auftreten an den unteren Extremitäten, an den oberen Extremitäten allein in 7, nur an den unteren Extremitäten in 2 Fällen.

Das Nackenphänomen trat an den oberen Extremitäten allein in folgenden Fällen auf: in 5 Fällen akuter Infektionskrankheiten, in deren Verlaufe meningeale Erscheinungen bemerkt wurden (4 Fälle von Typhus abdominalis, 1 Fall kruppöser Lungenentzündung eines Oberlappens) und endlich im Falle von Spondylitis cervicalis tuberculosa im Stadium der Verschlimmerung. Im Falle der Lungen-

entzündung wurde notiert: starke Nackenstarre; positives Wangenphänomen — Kontraktion beider oberer Extremitäten; das Nackenphänomen nur an den oberen Extremitäten. Nach 7 Tagen keine Nackenstarre, alle Phänomene nicht mehr auslösbar. In allen 4 Typhusfällen mit Reizung der Gehirnhaut war auch das Wangenphänomen positiv. Im Falle von Spondylitis cervicalis beobachtete Verf. das Nackenphänomen nur an den oberen Extremitäten; Wangenphänomen positiv; gleichzeitig wurde auch eine Steigerung des Druckes der Zerebrospinalflüssigkeit bei vollkommen klarem Liquor festgestellt. Nacken- und Wangenphänomen verschwanden einige Zeit nach Anlegung eines immobilisierenden Gipsverbandes.

Das Fehlen des Nackenphänomens an den oberen Extremitäten bei gleichzeitigem Auftreten desselben an den unteren Extremitäten fand Verf. in 2 Fällen. In einem dieser Fälle war auch das Wangenphänomen völlig negativ; es wurde der Verdacht auf Meningitis tuberculosa ausgesprochen, da die zytologische Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit 14 Zellen mit Vorwiegen der Lymphozyten ergab. Bei der Sektion fand man einen Abszeß in der rechten Hemisphäre, Verdickung der Gehirnhaut an der Basis, starke Erweiterung beider Seitenventrikel.

Wir sehen also, daß das Nackenphänomen meistens gleichzeitig an den unteren und oberen Extremitäten auftritt. Unter 35 solchen beobachteten Fällen finden wir 22 Fälle von Meningitis tuberculosa, 6 Fälle akuter Infektionskrankheiten mit meningealen Erscheinungen (5 Fälle von Lungenentzündung, 1 Fall von Typhus abdominalis), 4 Fälle akuter eitriger Meningitis und 3 Fälle von Meningitis serosa. In allen 22 Fällen von Meningitis tuberculosa war auch gleichzeitig das Wangenphänomen positiv. In den übrigen Fällen dieser Gruppe war es 8mal positiv; 5mal negativ, und zwar in 2 Fällen akuter eitriger und in 3 Fällen seröser Meningitis.

Die Untersuchungen führten zu folgenden Ergebnissen: das Auftreten des Nackenphänomens an den oberen Extremitäten ist dem Auftreten desselben an den unteren Extremitäten als ebenbürtig an die Seite zu stellen; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle treten beide Phänomene zusammen auf; in gewissen Fällen beobachtet man das Phänomene an den oberen Extremitäten bei gleichzeitigem Fehlen an den unteren. Das Nackenphänomen an den unteren Extremitäten allein kommt verhältnismäßig viel seltener vor; in diesen Fällen hat Verf. gleichzeitig auch das Fehlen des Wangenphänomens festgestellt. Von besonderer Wichtigkeit ist die Tatsache, daß Verf. in keinem Falle tuberkulöser Meningitis das Nackenphänomen an den oberen Extremitäten allein ohne gleichzeitige Kontraktion der unteren Extremitäten beobachten konnte. Grätzer.

Wilhelm Wechselmann (Berlin), Über Schulepidemien von Pityriasis alba maculata. (Ebenda.) Im Frühjahr 1915 und 1916 trat in einer Knaben- und Mädchenschule, im Frühjahr 1916 in gleicher Weise in einer anderen Volksschule epidemisch eine vornehmlich das Gesicht befallende Hauterkrankung auf. Es war ein Drittel der Kinder betroffen; als schon eine Abnahme eingetreten war, zählte Verf. unter 600 Kindern 169 Erkrankte.

Es handelte sich um Linsen- bis Pfennigstückgröße, in vereinzelten Fällen auch Markstückgröße erreichende runde oder unregelmäßig geformte Flecke, welche die Oberfläche der Haut nicht oder nur spurweise überragten; sie waren trocken, ihr Grund lebhaft oder blaßrot, verschiedenen Entwicklungsstufen entsprechend. Fast immer trugen die Flecke feine, weiße, die ganze Fläche zusammenhängend bedeckende Epidermisschüppchen in dünner Lage. Die Herde zeigten weder gelbliche Verfärbung, noch Nässen oder Krustbildung; nie fühlten sich die Schuppen fettig an. Ab und zu konnte man in der Nähe der Flecke einzelne stecknadelkopfgroße, braune Knötchen beobachten. Der Sitz der Krankheit war fast ausschließlich das Gesicht und der Hals, nur zweimal auch der Nacken. Eine besondere Lieblingsstelle war die Umgebung des Mundes. Oft bestand Jucken.

Untersuchungen auf Pilze verliefen ergebnislos; die bakteriologische Untersuchung zeigte neben Staphylococcus albus auch Streptokokken.

Die Erkrankung stellt einen trockenen Epidermiskatarrh dar, der in seiner Form durchaus der Pityriasis alba maculata entspricht, wie sie besonders Unna beschreibt. Der einzelne Fall bietet nichts Auffälliges, dagegen ist die große Ansteckungsfähigkeit höchst eigentümlich; diese wird bewiesen durch das schnelle Befallenwerden von Hunderten von Kindern, wobei sich oft Gruppen von Spielkameraden und Schulnachbarn nachweisen lassen.

Nach Unnas Auffassung gehört die Pityriasis alba zu den seborrhoischen Ekzemen, und er stellt auch die epidemische Erkrankung in dieselbe Gruppe. Unna gibt auch an, daß sich aus der Pityriasis alba in verschiedenen seiner Fälle eine der bekannten Ekzemformen von seborrhoischem Typus, ja sogar ein paarmal nässende Ekzeme des Gesichts entwickelt hätten. In Verf.s Fällen konnte Ähnliches nie beobachtet werden, die auch sonstige Zeichen von Seborrhoe zumal des Kopfes bei den betroffenen Kindern nicht in bemerkenswerter Zahl festzustellen waren. Auch kleine Herde von Pityriasis waren auf dem Kopfe nicht vorhanden, soweit dieses ohne Rasieren erkannt werden konnte.

Wenn nun auch die Ausbreitung seborrhoischer Ekzemherde durch Übertragung auf den eigenen Körper des Trägers nach dem klinischen Verlauf möglich erscheint, so ist doch von einem epidemischen Umgreifen sonst nichts bekannt.

Es erscheint daher doch erwägenswert, ob das epidemische Auftreten nicht einen Zusammenhang mit der oft schnell um sich greifenden Impetigo contagiosa hat. In der Londoner Epidemie wies Abraham darauf hin, daß eine große Anzahl der Kinder an einer gewöhnlichen Impetigo contagiosa litt, während andere die bekannten roten Spuren, welche nach jener Krankheit zurückbleiben, aufwiesen; auch Eddowes meinte, daß eine Beziehung zu Impetigo bestände.

In Verf.s Epidemie waren mehrere Fälle von Impetigo gleichzeitig aufgetreten, und als die Zahl der Erkrankungen an Pityriasis im Herbst 1915 sehr gering geworden war, stieg die Zahl der Impetigofälle etwas an, wenn sie auch nicht entfernt einen epidemischen

Umfang erreichte. Der Form nach wich sie von der gewöhnlichen Impetigo contagiosa etwas ab; die Borken waren braun, nicht honiggelb und derb, nicht so bröckelig wie bei der gewöhnlichen Impetigo contagiosa. Auch die kleinen braunen Knötchen, die manchmal in der Umgebung der Pityriasisflecke beobachtet werden, hält Verf. für eingetrocknete, sehr kleine Impetigoherde.

Verf. vermutet, daß die Epidemie durch den Streptococcus viridans hervorgerufen wird, wenn er auch bisher nur selten in dem Pityriasisherde aufgefunden wurde, weil er in diesen schon zugrunde gegangen sein kann. Es ist wahrscheinlich, daß der Erreger der Krankheit in die Schule von irgendeinem Kinde eingeschleppt wird und sich von Kind zu Kind überträgt; dafür sprechen auch die oben erwähnten Erkrankungen kleiner Gruppen. Für eine Infektion etwa durch gemeinsam benutzte Handtücher oder andere Gegenstände konnten keine Anhaltspunkte gefunden werden.

In der Epidemie 1915 heilten alle Kinder ohne wesentliche Behandlung in den Sommerferien ab, doch blieben einzelne leichte Fälle bestehen, und im Frühjahr 1916 trat die Erkrankung in der Schule in abgeschwächtem Maße und in geringerer Ausdehnung nochmals auf. Eine 5%ige Schwefelzinkpaste besserte und heilte die Mehrzahl der Erkrankungsfälle in kurzer Zeit. Die Erkrankung konnte daher als durchaus harmlos aufgefaßt werden. Ebenso günstig verlief die Epidemie in Hamburg unter Pinselungen mit Benzoeboratspiritus. Grätzer.

Carl Ruge II, Über den Einfluß der Kriegsernährung auf Fruchtentwicklung und Laktation. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.) (Zbl. f. Gyn. 1916 Nr. 16.) Vor mehreren Wochen wurde die Universitäts-Frauenklinik um die Erstattung eines Gutachtens ersucht über die Frage, ob die durch den Krieg bedingten schlechten Ernährungsverhältnisse einen nachteiligen Einfluß auf die Entwicklung des Nachwuchses und auf die Mütter während und nach der Schwangerschaft ausüben und etwa besondere Zulagekarten für eiweißhaltige Nahrungsmittel für schwangere und stillende Frauen notwendig erscheinen. Zur Beantwortung der ersten Frage wurde das Durchschnittsgewicht aller reifen Neugeborenen des Jahres 1915/16 mit dem des Jahres 1913 verglichen, und zwar wurden, um nur die Zeit mit knapper Ernährung zu berücksichtigen, die Kriegsmonate vom 1. Juli 1915 bis zum 30. Juni 1916 in Betracht gezogen. Dabei wurde festgestellt, daß der Unterschied zwischen den beiden Zahlen nur gering ist und innerhalb der physiologischen Grenzen liegt.

Das erstattete Gutachten lautete deshalb folgendermaßen:

„Nach den bis jetzt vorliegenden Beobachtungen an Tieren und an der menschlichen Frau ist eine Beeinflussung der Entwicklung und des Wachstums der Frucht durch die Ernährung der Mutter nur in geringem Umfange möglich. Solange die Mutter gesund ist und eine normale Zusammensetzung des Blutes aufweist, vermag die Frucht die zu ihrem Aufbau nötigen Stoffe aus dem mütterlichen Blute, unabhängig von dem jeweiligen Ernährungszustand der Mutter, in genügender Menge aufzunehmen. So sieht man auch schwächliche

und schlecht genährte Mütter Kinder von normalem Gewicht zur Welt bringen, und erst, wenn durch Krankheiten die Blutbeschaffenheit geändert und der allgemeine Ernährungszustand schwer geschädigt wird, ist eine Beeinflussung der Frucht bemerkbar. Um bei Beckenenge der Mutter magere Früchte mit weichen Kopfknochen zu erzielen, die leichter durch das enge Becken gehen, hat man vielfach in den letzten Monaten der Schwangerschaft besondere Ernährungskuren mit Beschränkung der Kohlehydrate und Flüssigkeitszufuhr vorgenommen, aber auch hier die Erfahrung bestätigt gefunden, daß eine Beeinflussung der Frucht durch die mütterliche Ernährung nur in geringem Umfange möglich ist.

Auch die Tierversuche haben ähnliche Resultate ergeben, es bedarf schon beträchtlicher Schädigungen der Mutter durch Nahrungsentziehung, um die Frucht zu treffen.

Soweit ich aus den Beobachtungen über das Gewichtsverhältnis der Kinder, die im letzten Jahre geboren worden sind, und über den Ernährungszustand der Mütter urteilen kann, hat die jetzt bestehende Teuerung und Knappheit der Nahrungsmittel eine Schädigung des Nachwuchses nicht bewirkt, und es müßten die Ernährungsverhältnisse viel schwerer beeinträchtigt werden, um etwas derartiges herbeizuführen. Im Jahre 1913 betrug in der Königlichen Universitäts-Frauenklinik bei 1685 reifen Früchten das Durchschnittsgewicht 3349 g, im Jahre 1915/16 bei 1508 reifen Früchten 3319 g. Dieser geringe Unterschied liegt noch innerhalb der physiologischen Grenzen, da das Mittelgewicht der reifen Früchte für Deutschland zu 3250 g bestimmt ist.

Wenn somit auch eine Schädigung des Nachwuchses unter den Verhältnissen, wie sie jetzt sind, nicht zu befürchten ist, so liegt doch auf der anderen Seite das Bedürfnis vor, den mütterlichen Körper durch möglichst gute Ernährung für die Ansprüche, die von der Frucht an ihn während der Schwangerschaft und während des Stillgeschäftes gestellt werden, zu entschädigen und kräftig zu erhalten.

Es ist eine bei Tier und Mensch bekannte Beobachtung, daß schlechte Ernährung den Kräftezustand der Mütter während der Schwangerschaft beträchtlich herabsetzt und während der Laktation nicht nur die Quantität und Qualität der abgesonderten Milch vermindert, sondern auch zu schweren Erschöpfungszuständen führt, die einen günstigen Boden für körperliche und geistige Erkrankungen abgeben.

Aus diesem Grunde müssen gerade für die schwangere und stillende Frau möglichst gute Ernährungsverhältnisse geschaffen werden. Dabei kommt es aber, wie die Erfahrungen bei der Ammenernährung zeigen, nicht auf die Auswahl besonderer Nahrungsmittel oder auf die Verabreichung theoretisch berechneter Kalorienmengen, sondern auf die reichliche Gewährung einer gemischten, den individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten angepaßten Nahrung an.

Eine besondere Bevorzugung der Fleisch- und Fettzufuhr hat sich in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft wegen der damit verbundenen übermäßigen Beanspruchung der Nieren, die zu einer bei Schwangeren häufigen Funktionsstörung führen kann, aber als

schädlich erwiesen. Dasselbe gilt für die Laktationsperiode, wo die Milchproduktion, bei der menschlichen Frau wenigstens, eher durch Kohlehydrate als durch Fleisch- und Fettzufuhr gesteigert wird.

Anders liegen die Verhältnisse in den ersten Monaten der Schwangerschaft, wo bei der Neigung zum Erbrechen gröbere Nahrungsmittel oft nicht vertragen werden und mehr auf Eiweiß zurückgegriffen werden muß.

Zusammenfassend möchte ich meine Meinung dahin abgeben, daß es im Interesse der schwangeren und stillenden Mütter nötig ist, Zusatzkarten für Fleisch und Fett als auch für Kohlehydrate zu verabreichen, und zwar vom Beginn der Schwangerschaft bis $^1/_4$ Jahr nach der Geburt. Es genügt eine mäßige Vermehrung aller Nahrungsmittel, bei den Kohlehydraten ist auf die leichtverdaulichen Rücksicht zu nehmen, da Schwangere und Stillende oft mit Schwierigkeiten der Verdauung zu kämpfen haben."

Zu demselben Ergebnis über die Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen kommt Momm, der an der Hand des Materials der Freiburger Klinik die Frage, „ob die jetzige gegen früher ganz anders zusammengesetzte, sehr eiweiß- und fettarme und oft ungenügende Kriegsnahrung einen Einfluß auf die Entwicklung des Kindes hat", verneint. Er hat seiner Berechnung die Gewichte von 2000 g und mehr zugrunde gelegt, während Verf. ursprünglich nur die Kinder mit einer Länge von 48 cm und mehr berücksichtigt hat, da er die Durchschnittszahlen der reifen Kinder feststellen wollte. Um einen Vergleich der Zahlen mit dem Freiburger Ergebnis zu ermöglichen, hat Verf. daher in der folgenden Tabelle ebenfalls das Durchschnittsgewicht aller Kinder über 2000 g festgestellt; außerdem führt er jedoch den Jahresdurchschnitt dieser Kinder sowie der Kinder über 48 cm Länge an. Ferner erschien es zur genauen Beurteilung von Wichtigkeit, die Zahlen für die Kinder von Erst- und Mehrgebärenden getrennt anzuführen, da Verf. in dem letzten Kriegsjahr eine wenn auch geringe Zunahme der Mehrgebärenden in seinem Material fand (43% gegen 39% im Jahre 1913).

	1913	1915	1916
Januar	3312	—	3294
Februar	3228	—	3351
März	3359	—	3366
April	3200	—	3333
Mai	3266	—	3155
Juni	3294	—	3245
Juli	3351	3314	—
August	3259	3293	—
September	3350	3160	—
Oktober	3246	3281	—
November	3245	3251	—
Dezember	3386	3338	—
Jahresdurchschnitt	3291	3282	
Kinder von Erstgebärenden	3189	3204	
Kinder von Mehrgebärenden	3393	3356	
Kinder über 48 cm Länge	3349	3319	
von Erstgebärenden	3244	3246	
von Mehrgebärenden	3454	3391	

Für das Jahr 1913 kamen von 2000 in den Gebärsaal aufgenommenen Fällen 1789 mit Kindern über 2000 g in Betracht, von denen 1685 eine Länge von 48 cm und mehr hatten; in der Zeit vom 1. Juli 1915 bis zum 30. Juni 1916 hatten bei 1759 Geburten 1586 Kinder ein Gewicht über 2000 g und 1508 eine Länge von 48 cm und mehr.

Der größte Unterschied findet sich, wie aus der Tabelle hervorgeht, in dem Jahresdurchschnitt der Kinder von Mehrgebärenden, der im Friedensjahr 3454 g gegen 3391 g im Jahr 1915/16, also 63 g beträgt. Diese Differenz und mehr noch die übrigen Unterschiede sind so geringfügig, daß sich irgendwelche Schlüsse daraus nicht ziehen lassen. Das Gewicht der Erstgeburten ist in dem Kriegsjahr sogar um eine Kleinigkeit größer als im Jahre 1913.

Vergleichen wir die Monatsdurchschnitte der Tabelle mit den Zahlen von Momm, so finden wir stets bis auf eine Ausnahme (Mai 1916) in dem Gewicht der Berliner Kinder größere Werte. Als Jahresdurchschnitt berechnet Verf. aus der Freiburger Tabelle für 1912 das Gewicht von 3161 g, für 1915/16 (Juli bis Juni) 3195 g; die entsprechenden Zahlen in seinem Material sind 3291 g und 3282 g, also 130 und 87 g mehr. Diese Beobachtung stimmt mit der alten Erfahrung überein, daß in Brandenburg die Neugeborenen im allgemeinen etwas kräftiger entwickelt sind als in den süddeutschen Staaten.

In der nächsten Zusammenstellung führt Verf. die Gewichtsmasse der beiden Vergleichsjahre nach ihrer Größe an. Es wogen:

	Kinder			
	von Erstgebärenden		von Mehrgebärenden	
	1913	1915/16	1913	1915/16
2000—3000 g	351	317	166	172
3001—3500 g	486	389	259	266
3501—4000 g	208	166	198	176
4001—4500 g	40	31	65	52
4501—5000 g	4	1	10	14
über 5000 g	—	—	2	2
Sa.	1089	904	700	682

Aus diesen Zahlen geht hervor, daß sich das Prozentverhältnis zwischen den kleinen, mittleren und großen Gewichtsmassen der Neugeborenen ebenfalls nur unwesentlich verändert hat, und daß auch jetzt nicht weniger schwere Kinder geboren werden wie im Frieden.

Bei diesen vergleichenden Berechnungen interessierte Verf. ferner die Frage, ob sich ein Einfluß des Krieges auf das Zahlenverhältnis von Knabengeburten zu Mädchengeburten schon jetzt feststellen ließe. Dabei fand er bei dem Vergleich wieder des Jahres 1913 mit dem letzten Jahre 1915/16 einen bemerkenswerten Unterschied: während im Jahre 1913 auf 100 Mädchen nur 103 Knaben kamen, eine unter dem Durchschnitt von 106 stehende Zahl, verschob sich das Verhältnis auf 100:116, so daß also ein bedeutender Überschuß der männlichen Früchte festzustellen ist. Die Zahlen sind jedoch zu klein, um allgemeine Schlußfolgerungen zuzulassen; ferner sind in

ihnen alle auf dem Kreißsaal entbundenen Fälle, also vom 5. Monat an, enthalten. Immerhin ist das Geschlechtsverhältnis auffallend hoch, da es bei Berücksichtigung aller Früchte, einschließlich der Fehlgeburten, auf 100 : 111 angegeben wird. Jedenfalls wäre eine Prüfung dieser Frage an großem Material von Interesse.

Grätzer.

Mössmer, Über „Kriegsneugeborene". (Aus der Provinzial-Frauenklinik und Hebammenlehranstalt Posen.) (Ebenda.) Die Aufsehen erregenden Angaben Kettners über die jetzige Häufigkeit kleiner, im Wachstum zurückgebliebener, zierlicher, auffallend magerer Neugeborener mit motorischer Unruhe sind, wenn sie in weitere Volkskreise dringen, dazu angetan, große Beunruhigung hervorzurufen, weil von diesen die behauptete Minderwertigkeit der Kinder naturgemäß auf die verringerte Nahrungsmenge zurückgeführt würde. Langstein ist diesen Behauptungen zwar sofort entgegengetreten, doch vorläufig mehr auf Grund allgemeiner Eindrücke wie unter Berufung auf Zahlen. Auch Bendix und Misch haben auf Grund der Beobachtungen in Säuglingsfürsorgestellen die Angaben Kettners nicht bestätigen können. Die folgenden Zeilen sollen einen Beitrag zum Vergleich von Neugeborenen vor und in dem Kriege auf Grund des Materials einer Entbindungsanstalt bringen.

Was die Zusammensetzung des Materials betrifft, so besteht dieses zu etwa einem Drittel aus Stadt- und zu etwa zwei Dritteln aus Landbevölkerung. Die Beobachtung erstreckt sich auf die Zeit vom 1. April 1915 bis zum 31. Mai 1916. Da der Anfang dieses Zeitraumes 8 Monate nach Beginn des Krieges fällt, so müßten sich die etwaigen Schädlichkeiten im Sinne Kettners bei den Neugeborenen bereits bemerkbar machen. Zum Vergleiche sind Neugeborene aus der Zeit vom 1. April 1913 bis zum 31. Mai 1914 herangezogen. Im ersten Falle handelt es sich um 825, im letzten Falle um 1093 ausgetragene Kinder, d. h. Kinder von mindestens 48 cm Länge und ohne Zeichen von Frühreife.

Bei der Betrachtung der Kriegskinder unmittelbar nach der Geburt hat sich etwas Auffallendes nicht ergeben; sie hatten eine rosige, pralle Haut, gutes Fettpolster, vollen Rumpf und runde Glieder; nichts erinnerte daran, daß man es mit Kindern zu tun hatte, deren Mütter sie unter besonderen Umständen getragen hatten. Dieser allgemeine Eindruck wurde auch durch die genauere Begutachtung bestätigt. Das durchschnittliche Gewicht betrug 3340 g, die durchschnittliche Länge 50,8 cm gegen 3350 g bzw. 50,9 cm vor dem Kriege. Dieser verschwindend geringe Unterschied liegt bei den angeführten Beobachtungszahlen im Bereiche des möglichen Fehlers durch Zufall, wie durch Wahrscheinlichkeitsrechnung nachweisbar ist.

Wenn irgendwelche Verhältnisse, die in dem Kriege begründet sind, die Kinder in ihrer Entwicklung in utero beeinträchtigen würden, so müßten sie sich bei der langen Dauer des Krieges in zunehmendem Maße bemerkbar machen; denn die Ernährung ist nicht reichlicher und die Spannung der Gemüter nicht geringer geworden, wenn man diese beiden Faktoren als die Hauptschädlinge ansprechen

will. Länge und Gewicht der Neugeborenen haben in den einzelnen Monaten der Beobachtungszeit folgenden Durchschnitt gezeigt:

		Durchschnittl. Länge	Durchschnittl. Gewicht
1915	April	50,6 cm	3390 g
	Mai	51,0 „	3377 „
	Juni	50,8 „	3119 „
	Juli	50,8 „	3279 „
	August	51,5 „	3463 „
	September	51,0 „	3332 „
	Oktober	50,9 „	3391 „
	November	50,2 „	3164 „
	Dezember	50,5 „	3238 „
1916	Januar	50,5 „	3409 „
	Februar	50,5 „	3248 „
	März	51,0 „	3401 „
	April	51,2 „	3367 „
	Mai	50,9 „	3339 „

Gewicht und Länge der Neugeborenen haben sich also im Laufe der Kriegsmonate nicht verringert.

Nächst der Frage nach der durchschnittlichen Entwicklung der Kinder während des Krieges interessiert es, festzustellen, wie groß die Zahl der über den Durchschnitt entwickelten Kinder, d. h. Kinder von 4000 g und mehr Gewicht, unter den jetzigen Umständen ist. Während diese Zahl für Friedenszeiten z. B. von Fuchs für die Kieler Frauenklinik auf 8,3%, von Eltze sogar nur auf 3,36% und aus mehreren anderen Kliniken ungefähr mit letzterer Zahl übereinstimmend berechnet ist, betrug während 8 Friedensjahren die hiesige Frequenz der Kinder über 4000 g 9,1% der lebensfähigen und 9,5% der ausgetragenen Kinder. Die letztere Frequenz stellte sich in Verf.s Material zur Kriegszeit auf 9,7%, hat also keine Abnahme erfahren. Die durchschnittliche Länge dieser Kriegs-„Riesenkinder" betrug 53,7 cm, ihr durchschnittliches Gewicht 4238 g. Was ihr Geschlecht betrifft, so wurden 57 Knaben und 23 Mädchen geboren; es kommen also 100 Mädchen auf 248 Knaben während des Krieges. Vor diesem war das Verhältnis der Geschlechter unter den hiesigen übermäßig entwickelten Kindern 100 Mädchen zu 223 Knaben. Dagegen ist eine nennenswerte Steigerung des Knabenüberschusses unter den hiesigen Kriegskindern nicht erfolgt; unter 825 Kriegskindern wurden 398 Mädchen und 427 Knaben, also auf 100 Mädchen 107 Knaben geboren.

Die weitere Beobachtung der Neugeborenen durch die 9 bis 10 Tage, während deren sie in der Anstalt zu sein pflegten, hat keine Abweichungen gegenüber dem Frieden ergeben. Zunächst sei festgestellt, daß alle Mütter fast ohne Ausnahme ihre Kinder stillen konnten, auch solche, die es früher nicht getan hatten, ein neuer Beweis gegen die angebliche Degeneration der weiblichen Brüste. Die physiologische Gewichtsabnahme der Kriegsneugeborenen bewegte sich in den gewohnten Grenzen. Bei der Entlassung am 9. bis 10. Tage hatten die meisten ihr Anfangsgewicht wieder erreicht, nicht wenige schon wieder überschritten. Die von Kettner geschilderten nervösen Erscheinungen wurden in keinem Falle beobachtet.

Grätzer.

Wolff, Das Abbottsche Verfahren in der Behandlung der Skoliosen. (Arch. f. klin. Chir. 14. 1. S. 66.) Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit dem Abbottschen Skoliosenredressement. Er geht davon aus, daß ebenso, wie wir einen Klumpfuß durch die beste Gymnastik und die beste Maschine nicht heilen können, sondern nur durch gewaltsame redressierende Maßnahmen, die dauernd festgehalten werden, wir auch den skoliotischen Körper dauernd in Korrektur halten müssen, zumal dann, wenn es sich um die Geraderichtung der mit Knochenveränderungen an den Wirbeln und an den Rippen einhergehende Kyphoskoliose handelt. Die Formveränderung bei der Skoliose ist, ätiologisch betrachtet, meist die Folge einer abnormen Weichheit der Wirbelknochen. Mechanisch betrachtet, handelt es sich um Verbiegung, Knickung und Rollung in sagittalen, frontalen und diagonalen Achsen. Die Anregung der Formveränderung des Thoraxskeletts bei der Skoliose geht von den Wirbelkörpern aus; die skoliotischen Prozesse an den Wirbelbögen, den Rippen, den Fortsätzen sind sekundärer Natur. Der Wirbelkörper beschreibt eine Drehung nach hinten, wenn er am Lebenden der Belastung ausgesetzt wird. Somit wäre die Belastung diejenige Kraft, welche die erste Veränderungen setzt, während die sekundären Veränderungen gewissermaßen bereits als funktionelle aufzufassen sind, denn sie treten erst mit dem Einsetzen der Bewegung, also einer Funktion, auf; die Belastung stellt keine Funktion, sondern eine mechanische Krafteinwirkung dar. Diese Auseinanderhaltung ist für den Verf. in praktischer Hinsicht wichtig. Der abnormen Belastung muß eine Entlastung entgegengesetzt werden. Bei dem Entlastungsproblem, bei dem am Lebenden ganz andere Verhältnisse als bei der Leiche obwalten, hat man stets nur an die Reihe der Wirbelkörper, nicht aber an die Wirbelbögen gedacht. Reckt man den Körper z. B. nach Wullstein, so vermehrt man insonderheit bei Einschaltung von drückenden Pelotten die Lordose und bewirkt dadurch eine stärkere Verzahnung und Eckung der Bogenabschnitte. Ganz anders beim Abbottschen Verfahren, wo man durch Kyphosierung bei Druck auf die Zwischenwirbelscheiben eine Entfernung der hinteren Flächen der Wirbelkörper und der Bogenteile voneinander bewirkt. Dadurch ist der Detorsion durch Angreifen an den langen Rippenhebeln die Bahn geöffnet.

Was die praktische Seite der Skoliosenfrage betrifft, so ist auf eine Heilung der Skoliose auch durch Abbotts Verfahren nicht zu rechnen, wenn man unter Heilung eine Wiederherstellung der normalen Form der Wirbel versteht. Wir können nur möglichst normale äußere Form und dadurch möglichst normale Funktionsverhältnisse schaffen; alles andere muß der sich über Jahre erstreckenden Funktion der Wirbelsäule überlassen werden.

Mit den mittels des Abbottschen Verfahrens erzielten Resultaten ist Verf. zufrieden; man sieht als Ergebnis Mobilisierung der Wirbelsäule, meßbare Abflachungen und, was besonders wichtig ist, eine Verflachung des kammartigen Rippenbuckels. Ein dauernder Schaden wurde in keinem Fall beobachtet. Nachuntersuchungen nach 6—12 Monaten ergaben, daß zwar in einigen Fällen von dem

Gewonnenen manches, keineswegs aber alles verloren gegangen war. Alle Patienten ließ Verf. im Verfolg der Behandlung gute Hessingkorsetts tragen, Übungen machen und Gipsbetten in Überkorrektur anwenden. Peltesohn.

Hans Curschmann, Über einige seltene Formen der Migräne (D. Ztschr. f. Nervenheilk. 54. 1915. H. 2/3.) Verf. spricht sich für die vasomotorische Pathogenese der Migräne aus. Die Migräne ist nicht selten nur die Teilerscheinung einer allgemeinen vasomotorisch-sekretorischen Neurose, in manchen Fällen können die peripheren Symptome der letzteren Genese recht stark, den Zerebralsymptomen völlig koordiniert auftreten.

Fall I. Die Migräneanfälle wurden seit einem Jahr substituiert durch Anfälle von starken Leibschmerzen, meist mit mehrmaligem Erbrechen von galligem Schleim, zuweilen mit Diarrhoe.

Fall II. Typische Hemicrania ophthalmica tritt zum erstenmal während der dritten Gravidität auf. 3 Jahre später wieder dieselben Anfälle, ohne aber gravide zu sein. Dabei tritt eine Anschwellung der Mammae und starke Kollostrumsekretion auf, die sofort nach Beendigung des Anfalls verschwindet. Eine weitere vierte Gravidität verläuft wieder im ersten Beginn und in den letzten Tagen mit Migräneanfällen. Demnach liegen enge Beziehungen zwischen der Funktion des Genitalapparates bzw. des ihm vorstehenden vegetativen Nervensystems und der Hemikranie vor.

Fall III. 42jähriger Arzt. Nach dem typischen Migräneanfall tritt äußerst heftiges Jucken in der linken Hohlhand und am linken vierten Finger sowie am linken Fuß, besonders an der vierten Zehe auf. Dann zeigen sich ganz rasch an diesen Stellen je eine oder mehrere linsen- bis pfenniggroße, ziemlich schlaffe Blasen mit serösem, bisweilen leicht hämorrhagischem Inhalt. Diese Erscheinungen wurden plötzlich durch eine schwere Nackenphlegmone beseitigt und kehrten seitdem nicht wieder.

Fall IV. Bevor der Kopfschmerz seinen Höhepunkt erreicht, sieht Patientin ganz regelmäßig verzerrte Gesichter, Fratzen mit irgendwelchen Verstümmelungen. Bei diesen Fratzen ist die linke Seite röter, dunkler und verschwommener als die rechte. Dies Fratzensehen tritt stets im Beginn des Anfalls auf, dauert etwa 10 Minuten und wiederholt sich dann öfters im Lauf der Kopfschmerzen. Also stereotyp halluzinatorische Augenmigräne.

Fall V. 13jähriger Schüler. Anfälle von halbseitigem Kopfschmerz mit Flimmerskotom nebst ganz stereotypen visuellen Erscheinungen: ein weißes Männchen bewegt sich unter rhythmischen Bewegungen „nur vor dem rechten Auge". Stauungspapille. Diagnose: Tumor cerebri. Also symptomatische Migräne mit stereotypen Halluzinationen.

Der erste Anfall der Migräne bei einem Kinde wird sehr häufig diagnostisch verkannt. Er kann von ungewöhnlich schwerer und langdauernder Art sein und schließt sich nicht selten an eine Infektionskrankheit an.

Fall VI. Kindermigräne unter dem Bilde der Meningitis nach Influenza.

Fall VII. Migräneanfall in der Scharlachrekonvaleszenz; Pseudourämie bei einem 11jährigen Kinde.

Fall VIII. Symptomatische Augenmigräne als Frühsymptom der multiplen Sklerose.

Fall IX. Heilung bzw. Beseitigung der Migräneanfälle durch das Auftreten einer multiplen Sklerose; letztere kann demnach einen ähnlichen tilgenden Einfluß auf die Migräne haben wie akute Infektionen, Stoffwechselkrankheiten oder auch physiologische Zustände, wie Schwangerschaft, Stillgeschäft und Wechsel. Im vorliegenden Fall hatte das Rückenmarksleiden die Genitalfunktion intakt gelassen, die Migräne aber beseitigt. Kurt Mendel.

K. Gaugele, Über die sogenannte Entbindungslähmung des Armes. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. 34. 1915. H. 3 u. 4.) In den meisten Fällen ist die Entbindungslähmung des Armes keine echte Lähmung, sondern eine der Distorsion des Schultergelenkes ähnliche Verletzung der Kapsel mit nachfolgender Schrumpfung. Meist bestehen dabei auch frische Epiphysenverletzungen.

Die Behandlung besteht in frischen Fällen in Fixation des Oberarmes, in Abduktion und Außenrotation, bei veralteten in Tenotomie der Pektoralis oder Osteotomie. Kurt Boas.

H. Zondek, Funktionsprüfungen bei Nephritis und orthotischer Albuminurie im Kindesalter. (Ztschr. f. klin. Med. 82. 1915. H. 1 u. 2.) Es ist nicht angängig, die beiden großen und wichtigsten Komponenten, mit denen die kranke Niere neben dem Wasser fertig zu werden hat, nämlich N und NaCl, als zwei Faktoren zu behandeln, die in ihrer Elimination ohne Einfluß aufeinander sind. Eine Niere, die Kochsalz retiniert und N gut ausscheidet, kann man dadurch zu einer günstigeren Kochsalzausscheidung veranlassen, daß man sie auf der anderen Seite mit N entlastet. Für die Praxis folgt aus diesen Feststellungen, daß die Diät der Nierenkranken nicht immer eine ganz strenge zu sein braucht. Man kann Nephritikern eine bestimmte Menge Kochsalz zuführen, wenn man entsprechend geringere Eiweißmengen gibt, und man kann größere Mengen Eiweiß geben, wenn man das Kochsalz entzieht. Bei der diätetischen Behandlung der Nierenerkrankungen ist also strenges Individualisieren am Platze. Kurt Boas.

K. Böhm, Beitrag zur pathologischen Anatomie und operativen Therapie des angeborenen Hydrophthalmus. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Breslau.) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. November-Dezemberheft 1915.) Verf. untersuchte vier Augen mit angeborenem Hydrophthalmus anatomisch. In allen vier Fällen war ein eigentlicher Schlemmscher Kanal nicht vorhanden. Die Hornhäute zeigten degenerative Erscheinungen, die Linse war kataraktös, die vorderen Ziliargefäße stark erweitert, Netzhaut und Aderhaut mehr oder weniger atrophisch, die Papille eleviert. Bei allen vier Augen war die Iridektomie ohne dauernden Erfolg ausgeführt worden. Auffallenderweise war bei zwei anderen Augen, wo die Irisschenkel in die Iridektomienarbe eingeheilt waren, das Sehen gut geblieben. Die beste Operationsmethode ist wohl die Sklerotomia anterior. Kurt Boas.

Rud. Th. Jaschke, Über das transitorische Fieber des Neugeborenen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen.) (Ztschr. f. Geburtshilfe u. Gyn. 78. 1915. H. 1.) Auf Grund von Beobachtungen an 1000 Neugeborenen hält Verf. das transitorische Fieber nicht für ein Hungerfieber, sondern nimmt einen Zusammenhang mit der Ansiedlung der Milchflora und mit dem Übergang von der kolostralen Nahrung zur Milchnahrung an. Kurt Boas.

N. N. Brodrich-Pittard, Zur Methodik der Lezithinbestimmung in Milch. (Biochem. Ztschr. 67. 1915. S. 382.) Verf. fand, daß der Gehalt der Milch von der Laktationszeit und der Individualität der Milchtiere abhängig zu sein scheint. Der Lezithingehalt der Milch scheint mit dem Fettgehalt zuzunehmen. Kurt Boas.

Th. Nägeli, Skoliosen infolge angeborener Anomalie der Wirbelsäule. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Zürich.) (Beitr. z. klin. Chir. 1916. Nr. 99. H. 1.) In den drei vom Verf. mitgeteilten Fällen war es durch einen keilförmigen Schaltwirbel zu einer Abbiegung an der Achse der Wirbelsäule gekommen. Klinisch erkennen wir diese an einer mehr oder weniger umschriebenen Skoliose. Die Symptome erinnern zum Teil an diejenigen einer frischen Spondylitis. Therapeutisch ist naturgemäß wenig zu erreichen. Meist verlieren sich im Laufe der Zeit, wenn das Skelett ausgewachsen ist, die Beschwerden. Klinisch wichtig ist die Tatsache, daß solche Anomalien die Ursache gewisser Skoliosen sind, die früher unter die Gruppe der habituellen Skoliosen gerechnet wurden. Kurt Boas.

Soutter, Eine Operation bei Hüftkontrakturen nach Poliomyelitis. (Ztrbl. f. chir. u. mech. Orthopäd. 8. H. 4.) Verf. empfiehlt zur Beseitigung von Hüftkontrakturen nach Poliomyelitis folgendes Verfahren:

Ein 3 Zoll langer Längsschnitt 2 Zoll hinter der Spina ant. sup. bis auf die Faszie. Letztere wird durch einen senkrechten Schnitt von der Spina bis zum Trochanter durchquert. Sehnen und Faszien werden mittels eines Osteotoms subperiostal von der Spina abgelöst und nach unten gedrängt. Die Hüfte läßt sich nunmehr hyperextendieren. Gipsverband auf dem Bratfordrahmen.

Die Vorteile der Methode sind folgende: Die Operation ist fast ohne Blutung und leicht ausführbar und erlaubt definitive Beseitigung der Kontraktur. Die Muskeln werden nicht wie sonst quer durchschnitten; ihre periostale Insertion wird einfach 1—1½ Zoll nach unten verlagert. Kurt Boas.

Bernhard Franzen, Ein Fall von paralytischer Luxation des Hüftgelenkes infolge rechtsseitiger spastischer Hemiplegie. (Inaug.-Diss., Greifswald 1916.) Bericht über einen Fall von spastischer Verrenkung des Hüftgelenkes bei zerebraler Hemiplegie bei einem 5jährigen Jungen. Schmerzen bestanden niemals. Der Druck auf das Hüftgelenk und den Femurschaft waren nicht schmerzhaft. Das Röntgenbild ergab keine Entzündung. Es bestand eine wirkliche permanente paralytische Luxation der rechten Seite, die Verf. als subspinosa bezeichnet. Die Reposition durch Adduktion des Oberschenkels und Vordrücken des Schenkelhalses gelang wegen

der Spasmen nicht. Es wurde dann die offene Tenotomie nach Böcker gemacht. Der Fall ging an tuberkulöser Meningitis zugrunde. Bei der Sektion fand sich als Folge der Einrenkung eine Coxitis tuberculosa. Die Hirnrinde zeigte die für Meningitis tuberculosa typischen Befunde. Als Ursache der zerebralen Hemiplegie ließ sich eine Porenzephalie feststellen. Die Hirnrinde war besonders links sehr stark abgeflacht, sie betrug stellenweise nur 2—3 mm. Der linke Seitenventrikel war stark erweitert, 4 cm lang, 2,2 cm breit. Ebenso waren Hinter- und Vorderhirn bis zu Taubeneigröße erweitert. Auch der rechte Seitenventrikel war erweitert, jedoch nur halb so stark.

Verf. führt eine Reihe analoger Beobachtungen aus der Literatur an und bespricht ausführlich die Richtlinien der chirurgischen Therapie des sekundären Leidens. Kurt Boas.

Heinrich Pottron, Beiträge zur Kenntnis der juvenilen Paralyse und juvenilen Tabes. (Inaug.-Diss., Heidelberg 1916.) Mitteilung von 4 Fällen von juveniler Paralyse bzw. Tabes:

Fall I. 12jähriges Mädchen. Beide Eltern paralytisch. 5 Geschwister gesund. Patientin seit einem Jahre erkrankt. Der psychische, Reflex- und serologische Befund entsprach dem der juvenilen Paralyse. Bemerkenswert war der lebhafte Stimmungswechsel und das leicht reizbare, streitsüchtige Wesen. Keine Wutanfälle, keine paralytischen Anfälle.

Fall II. 18jähriger Oberprimaner mit Taboparalyse. Vater syphilitisch, zeigt jetzt einseitige reflektorische Pupillenstarre. Erkrankung mit 17 Jahren. Mit 7 Jahren Scharlach. Im Anschluß daran trat eine Einschränkung des rechten Gesichtsfeldes auf mit späterer totaler Amaurose. Es bestand rechts Optikusatrophie und sklerotische Herde in der Gegend der Makula. Patient war ein vorzüglicher Schüler. Die Erkrankung begann in typischer Weise mit Nachlassen der Schulleistungen, leichten nervösen Beschwerden, vorübergehender Sprachstörung. In somatischer und serologischer Beziehung entsprach der Befund ganz der Paralyse, ebenso im psychischen Verhalten. Antiluetische Behandlung war erfolglos. Im Terminalstadium wiederholte petit mal ähnliche Zustände. Ein großer paralytischer Iktus. Auftreten von Angstzuständen. Exitus im paralytischen Anfall.

Fall III. 12jähriges Mädchen mit Paralyse. Vater luetisch, ein Bruder leidet an kongenitaler Lues. Patientin früher nicht syphilitisch. Plötzlicher Beginn mit apoplektiformen Anfällen, die häufig auftreten und von flüchtigen Lähmungen begleitet sind. Auftreten von Angst- und Verfolgungsideen. Somatisch, psychisch und serologisch wurde das charakteristische Bild der Paralyse geboten.

Fall IV. 7jähriges Mädchen mit Tabes. Mutter leidet seit 8 Jahren an Tabes. Patientin selbst vom 1. Lebensjahr an syphilitisch erkrankt. Mit 7 Jahren typische Tabes, dazu Wut- und Zornanfälle. Keine Zeichen von Paralyse. Auffallend waren die hochentwickelten Fähigkeiten. Aus dem Befunde sei hervorgehoben: genuine Optikusatrophie, Romberg negativ, Ataxie negativ.

Im Anschluß daran wird die Frage literarisch eingehend zur Darstellung gebracht. Kurt Boas.

Richard Kulik, Beitrag zur Lehre von der retrobulbären Neuritis optici auf hereditärer Grundlage. (Inaug.-Diss., Marburg a. L. 1914.) Bis jetzt umfaßt die Literatur über 300 einschlägige Fälle. Verf. liefert einen neuen Beitrag durch Mitteilung von 5 Fällen einer Familie mit Leberscher Erkrankung unter Beifügung des Stammbaumes. Die betreffenden 5 Fälle werden mit Beschreibung der ophthalmoskopischen Bilder ausführlich geschildert. Die Erkrankung ging aus von einer hemeralopischen Frau, die selbst nicht an Leberscher Krankheit gelitten hatte. Die Tatsache der Latenz geht daraus hervor, daß ihre sämtlichen Söhne aus der Ehe mit einem gesunden Manne daran erkrankten, ebenso die Tochter und ein weiterer Sohn. Die Vererbung vollzog sich wie bei der Optikusatrophie, nur daß hier der weibliche Überträger selbst erkrankte. Als auslösendes Moment kam in Fall I die durch längeres Stehen in kaltem Wasser hervorgerufene Körperabkühlung in Betracht. Fall I und II verliefen typisch, das Sehvermögen sank immer mehr, und es bestand fast völlige Farbenblindheit im Gesichtsfeld. Fall III war bemerkenswert durch das frühzeitige Alter der Erkrankung (7. Lebensjahr). Im übrigen trat hier eine fast völlige Heilung ein. Das Sehvermögen betrug links $^6/_8$, rechts $^6/_8$—$^6/_{12}$, ebenso war keine Farbenblindheit vorhanden. Fall IV betraf ein weibliches Familienmitglied, was nur in etwa 12% aller Fälle vorkommt. Es kam schließlich zu zentralen Skotomen und zu einem Visus von 1 bzw. 3 m Finger. Fall V trat ebenfalls zu einem sehr frühen Zeitpunkt auf, und zwar nach einem heftigen Nasenkatarrh. Der Visus sank allmählich bis $1^1/_2$—2 m Fingerzählen. Bemerkenswert war dieser Fall durch das Auftreten eines doppelten Ringskotoms am rechten Auge. Hier bestand eine wesentliche Zunahme der Sehkraft, die Verf. aber nicht auf das Konto des galvanischen Stromes setzt, der auch in den anderen Fällen versagte. Auffallend war in dem letzten Falle die weißgrünliche Verfärbung der Papille, die lebhaft an eine totale Atrophie erinnerte. Der Fall spricht für eine geringe Malignität des Leidens im früheren Lebensalter insofern, als er sich therapeutischen Einflüssen nicht ganz verschlossen hat.

Das Zustandekommen der Ringskotome im letzten Falle läßt sich, wie Verf. des näheren darlegt, mit der Theorie Edingers über die Ätiologie der hereditären Neuritis optica nicht in Einklang bringen.

Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Kramer: **Demonstration eines Falles von unklarer Spinalerkrankung bei einem Kinde.** Es handelt sich um einen 8jährigen Knaben. Das Leiden hatte sich seit dem Herbst 1913 eingestellt, angeblich nachdem er beim Spielen hingefallen war und sich dabei einen Schlüsselbeinbruch zugezogen hatte. Es stellte sich zuerst Schwäche des rechten, dann des linken Beines ein, die allmählich schlimmer wurde, bis er im Sommer 1915 nicht mehr gehen konnte, sondern im Bett bleiben mußte. Seit dem Herbst 1914 besteht vollkommene Blasen- und Mastdarminkontinenz. Bei der Aufnahme im Oktober 1915 bestand eine Läh-

mung beider Beine von Pyramidenbahntypus mit Patellarklonus, Fußklonus und doppelseitigem Babinski. Die Sensibilitätsprüfung ergab nur gelegentlich eine leichte Herabsetzung für Stiche am linken Fuß, sonst waren alle Qualitäten, auch die Berührungsempfindung, vollkommen intakt. Anfangs bestand am Gesäß Decubitus, der zu einem tiefen Abszesse führte und dann allmählich völlig abheilte. In der Gegend des abgeheilten Decubitus am Gesäß bestand späterhin eine leichte Herabsetzung der Sensibilität für Nadelstiche. Bei der Abtastung der tiefgehenden Abszeßhöhle fiel auf, daß diese Manipulation in der Tiefe nicht schmerzhaft war, ebenso gab der Knabe bei der Spinalpunktion keine Schmerzäußerungen von sich. Die Blutuntersuchung ergab negative Wassermannsche Reaktion, in der Spinalflüssigkeit war keine Lymphozytose, keine Eiweißvermehrung nachweisbar. Der Zustand blieb bis April 1916 unverändert, der Knabe lag dauernd zu Bett und konnte, auf die Beine gestellt, nur mit Unterstützung einen Augenblick stehen. Die Gehfähigkeit war aufgehoben. Seit April ist eine gewisse Besserung eingetreten; die Paresen an den Beinen sind geringer geworden, auch kann der Knabe, an einer Hand geführt, allerdings noch unsicher und mühsam, gehen. Die Stuhl- und Urininkontinenz besteht unverändert fort. Die Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule hat keinen abnormen Befund ergeben. Die Diagnose des Falles ist unklar. Für eine hochsitzende Spina bifida, an die man denken könnte, hat die Röntgenuntersuchung keinen Anhalt ergeben. Gegen einen myelitischen Prozeß spricht der langsame Verlauf, gegen einen Tumor das Fehlen von Schmerzen und die Besserung in letzter Zeit. Zu denken wäre an eine Zyste mit wechselndem Füllungszustand.

Diskussion. Schuster: Das vom Vortr. betonte Fehlen der röntgenologischen Veränderungen kann nicht ohne weiteres gegen die Annahme von Spina bifida und ähnlichen Affektionen verwertet werden. Es sind Fälle bekannt von sicherer Spina bifida bei kleinen Kindern, bei welchen unsere ersten Röntgenologen keine Veränderung feststellen konnten. — Henneberg glaubt, daß man einen gutartigen Tumor nicht ausschließen kann. Die Besserung kann durch ein durch das Wachstum bedingtes Weiterwerden des Wirbelkanals zustande gekommen sein. Auf Entwicklungsstörungen beruhende Lipome kommen im Wirbelkanal vor. — Kramer (Schlußwort) glaubt doch nicht, daß es sich um eine Spina bifida handelt, da die hoch lokalisierten Fälle — es kommt hier das Thorakalmark in Frage — doch eine große Seltenheit sind.

Stier: **Schwere degenerative Psychopathie bei einem Kinde.** Demonstration: 4jähriger Förstersohn aus dem Harz ohne nachweisbare erbliche Belastung. Hübsches, wohlgewachsenes Kind. Intelligenz durchaus gut, rechnet im Zahlenkreis bis fünf richtig, kennt alle wesentlichen Farben. Sprache dem Alter entsprechend. Intelligenzalter nach Binet 6—7 Jahre. Zeigt bei 6wöchigem Aufenthalt in der Klinik im übrigen folgendes Bild: Hypalgesie am ganzen Körper, Nahrungsaufnahme sehr reichlich, wahllos, keinerlei Interesse zum Spielen, wirft mit den Klötzen des Steinbaukastens nach der Wanduhr, zerbeißt den Ball, reißt dem aus Papier ausgeschnittenen Soldaten den Kopf ab, will „allen Menschen die Köpfe abhacken und sie in die Bode schmeißen. Bei leichtestem Widerstand gegen sein Gebaren sofort aktiver Angriff auf Arzt, Pfleger oder Mitkranke, schlägt, stößt und tritt, kratzt und spuckt, wirft mit Sand und Steinen. Auch ohne sichtbare Veranlassung wirft er mit Steinen nach den anderen, tritt freundlich an sie heran, um sie dann zu kratzen und zu beißen. Läßt laut Flatus, entleert Urin und Kot ins Bett, schüttet Kaffee in die Betten der anderen in der offenbaren Absicht, sie dadurch zu ärgern und zu reizen. Spielt viel mit seinem Penis, stellt sich ins Bett, hebt das Hemd hoch und verweist lachend auf ihn, sagt spontan oft: „Ich sage immer Pinkelchen und Popo“, freut sich, wenn er deshalb gescholten wird. Bei uns keine Erektionen, keine Onanie. Sagt plötzlich: „Ich will zum Fenster rausspringen, will tot sein und dich auch rausschmeißen“. Sammelt im Garten Schmutz und Zigarrenstummel, kaut darauf, spuckt dann nach den anderen, lacht unbändig darüber. Auf der Krankenabteilung unsinniges Hin- und Herrennen mit grunzenden, gröhlenden, schreienden Lauten, dann wieder legt er sich zur Erde, rollt sich eine Stunde lang den langen Flur auf und ab, lutscht dabei an den Fingern. Auf Befragen fast niemals richtige, sondern meist bewußt falsche oder ablehnende Antwort. Keinerlei Liebe oder Anhänglichkeit oder irgendwelche höheren Gefühle, auch nicht andeutungsweise. Als ihm Bonbons geschenkt werden, verschlingt er sie

schnell und sagt sofort, wie immer: „Du, ich will dich kratzen und beißen," versucht es zu tun. Bei der Demonstration erst Personalangaben und Bezeichnung der Bilder im Bilderbuch richtig, dann sehr lauter Flatus, lacht dazu; als er gescholten wird, schlägt er auf den Arzt ein und schimpft, wie auch sonst auf der Abteilung: „Aas, Stinkschwein, Dusseltier, Rindvieh" u. a. — Epikritisch verweist Vortr. darauf, daß wir dem Seelenleben dieser Kinder wohl eher näher kommen, wenn wir Vergleiche und Beziehungen nicht suchen in den komplizierten Verhältnissen der Erwachsenen, sondern in den primitiven Formen des Seelenlebens bei den Tieren, besonders den Jugendformen der höheren Tiere. Die triebhaften Tendenzen, die unter Verwertung der persönlichen Erfahrungen zur Erhaltung und Durchsetzung des Individuums gegenüber der Außenwelt drängen, sind bei diesem Kind in pathologischer Weise gesteigert und in ihrer Richtung zum Teil entgleist, so daß Lustgefühle mit Schabernacks- und Grausamkeitshandlungen verbunden sind, die dem Normalfühlenden fernliegen. Die Prognose solcher Kinder mit Steigerung und Perversionen der triebhaften Tendenzen ist nach den Erfahrungen des Vortr., der eine Reihe solcher Kinder für die Dauer vieler Jahre verfolgt hat, nicht so schlecht, doch blieben auch bei bester Einwirkung von außen diese pathologischen Tendenzen als charakterologische Grundmerkmale in abgeschwächter Weise zum mindesten lange bestehen.

Diskussion. Bonhoeffer fragt, ob sich periodische Erscheinungen feststellen ließen. Auffallend ist das leicht scherzhafte Verhalten, das den Fall von der gewöhnlichen Form der Moral insanity unterscheidet. Ähnlich verhielt sich ein Kind aus seiner Beobachtung, das sich später als zirkuläres Irresein erwies. Hier spricht gegen einen manischen Zustand das indifferente Verhalten. — Stier (Schlußwort): Etwas echt Periodisches ist nicht vorhanden, aber das Verhalten des Kindes wechselte an den verschiedenen Tagen. Es bestand im übrigen keine Depression und keine Hemmung. Andererseits ist das Kind affektlos und stumpf.

Bonhoeffer: **Demonstration eines Kranken mit Perioden von Rindenepilepsie bei zystischer Großhirnerkrankung.** Der jetzt 22jährige Kranke hat seit dem 12. Lebensjahr 27—56 Tage dauernde Perioden von Rindenepilepsie mit täglich sich bis zu 20 und 30mal wiederholenden Anfällen. Während der ersten 2 Jahre der Krankheit hat sich allmählich zunehmend eine linksseitige Hemiplegie vom typischen Pyramidenbahncharakter entwickelt, die seitdem unverändert geblieben ist. Auf die Anfallsperiode folgt eine anfallfreie Zeit von 1—3monatiger Dauer. Es bestanden niemals Hirndruckerscheinungen. Wa.-R. und Lumbalpunktion ergaben negatives Resultat. Bemerkenswert bei den im übrigen dem gewöhnlichen Typus folgenden Jacksonschen Anfällen ist eine während des Anfalles auf der Herdseite auftretende starke Erweiterung der Pupille bis zur Lichtstarre, während die andere Pupille sich nicht erweitert, aber auch lichtstarr wird. Das Bewußtsein bleibt erhalten. Die während der Anfallsperiode über den Zentralwindungen und dem anliegenden Stirnhirn vorgenommene Trepanation ergab in dem handtellergroßen Operationsgebiet einen eigenartigen Befund. Die Dura war schlaff, nach Beseitigung des Ödems der weichen Hirnhäute lagen die Windungen gelbgrau, runzelig, ohne deutlichen Windungstypus vor. Das ganze vorliegende Hirngebiet glich bei der Pulsation und bei der Betastung einem schwappenden Sack. Die Punktion ergab im ganzen Bereich des Operationsgebietes schon in der Tiefe von $1/2$ cm und bis zur Tiefe von 4 cm wasserklare Flüssigkeit. Erst bei der Punktion in der Richtung des Hinterhauptlappens kam man auf normale Konsistenz. Die Natur des Prozesses ist unklar. Vortr. denkt an einen ausgedehnten, mit Einschmelzung des Gewebes einhergehenden subkortikalen enzephalitischen Prozeß. Eine Beeinflussung der Perioden von Rindenepilepsie war weder durch Lumbalpunktion, noch durch die Trepanation, noch durch Hirnpunktion und Entleerung von 30 ccm Flüssigkeit, noch durch medikamentöse Maßnahmen zu erzielen.

Diskussion. Schuster: Der Fall des Herrn Vortr. erinnert ihn an einen ähnlichen Fall, den er schon seit 4 Jahren beobachtet. Bei einem jungen Mädchen sind — angeblich im Anschluß an eine starke Handquetschung — im 12. Lebensjahr leichte Zittererscheinungen in der rechten Hand aufgetreten. Dann haben sich psychisch-epileptische und im Gefolge dieser rechtsseitige epileptische Krampfzustände entwickelt. Bei der ersten Untersuchung 1912 konstatierte er ganz leichte rechtsseitige hemiparetische Symptome. Nie Gehirn-

drucksymptome. 1914 operierte Herr Geheimrat Bier die Patientin. Man fand eine weit über gänseeigroße Zyste, die von der hinteren Zentralwindung bis ins linke Stirnhirn ging. Der Zysteninhalt war eiweißhaltig. Nach der Operation anfängliche komplette motorische und sensorische Aphasie, die sich allmählich wieder zurückbildete. Ebenso nun wie in dem Falle des Vortr. traten auch in diesem Fall die epileptischen Erscheinungen nur periodenweise auf, wenn auch nicht in so außerordentlich scharf und deutlich voneinander abgegrenzten und ausgeprägten Perioden. Jetzt, etwa 1 Jahr nach der Operation, hatte Patientin wieder einen Anfall. — Lewandowsky hat einen 25jährigen jungen Mann beobachtet, der seit 14 Jahren an periodischen Anfällen leidet, und zwar tritt alle 2—3 Jahre einmal eine Periode auf. Patient hat dann etwa 4 Tage lang täglich je einen Anfall. Nach Beschreibung des Patienten beginnt der Anfall mit Ziehen und Kribbeln in der linken Hand, das sich auf die ganze linke Seite ausbreitet. Die motorischen Erscheinungen beschränken sich auf den Arm. Es treten dabei auch Schmerzen im Kopf auf. Keine Bewußtseinstrübung. Nach dem letzten Anfall einer Periode besteht jedesmal eine Lähmung des linken Armes von 14 Tagen Dauer. Während der Lähmung ließen sich erhöhte Reflexe und leichte Pyramidensymptome nachweisen. Nachher war der Befund ein normaler. Um was für einen Prozeß es sich handelt, kann L. nicht bestimmen, er hat auch an eine zystische Erkrankung gedacht. Bei dem gutartigen Verlauf ist bisher zu einer Operation nicht geraten worden. — Bonhoeffer (Schlußwort): Bemerkenswert ist die Unabhängigkeit der Anfallsperioden von dem Füllungszustand der Zysten. Es müssen also andere, als die mechanischen Verhältnisse der Zystenfüllung an dem Auftreten der Anfälle die Schuld haben.

(Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., 19. Juni 1916.)

III. Therapeutische Notizen.[1]

Über Uzaron bei Durchfällen im Kindesalter. Von Dr. Kurt Ochsenius, Kinderarzt in Chemnitz. Des Verf.s Erfahrungen mit Uzaron stützen sich auf reichlich 100 Fälle von Darmkatarrhen bei Kindern im Alter von 9 Monaten bis zum vollendeten 3. Lebensjahre. Versagt hat das Mittel nur in einem einzigen Falle, in dem Verf. allerdings der Mutter hinsichtlich der Ausführung seiner diätetischen sowie medikamentösen Anordnungen nicht ganz trauen kann. Die Erfolge waren stets ausgezeichnet, mitunter frappant. Die Wirkung gestaltete sich so, daß die Kinder sehr bald ruhiger wurden, die Entleerungen sofort seltener und auch schnell konsistenter wurden, bis nach einigen Tagen der normale Stuhl eintrat, natürlich unter Einhaltung einer entsprechenden Diät. In 2 Fällen von Colitis membranacea, die mit außergewöhnlich starker Schleimabsonderung einhergingen, hat Verf. gegen dieses Symptom noch Bismutum bitannicum herangezogen und in dem einen Falle auch Einläufe mit Acid. tannicum. Sonst hat er stets mit Uzaron die Schleimabsonderung restlos bekämpfen können. Obwohl der Geschmack nicht ganz angenehm ist und die Resorption als Suppositorium vom Darme aus schneller vor sich gehen soll, so rät Verf. doch auf Grund seiner Erfahrungen am meisten die Einnahme per os in Form des Liquor Uzara an. Nach mancherlei Versuchen möchte er als die beste Formel empfehlen:

Rp. Liq. Uzara
Tinct. Cinnamoni āā 5,0
D. S. 3mal täglich 12—20 Tr. in Saccharinwasser zu geben.

Im 3. Jahre zweckmäßig hiervon 16 Tropfen, später 20 Tropfen. Die darmberuhigende Wirkung wird zurückgeführt auf eine periphere Reizung des Splanchnicus. Eine zentrale Wirkung, ähnlich der des Opiums, hat Verf. niemals beobachtet — auch nicht an sich selbst. Die blutdrucksteigernde Wirkung des Uzarons ist mitunter recht angenehm in der Privatpraxis, da die Kinder häufig sofort nach der ersten Dosis rosiger aussehen, was z. B. bei der Verfütterung von Eiweißmilch besonders erwünscht erscheint. Seit der regelmäßigen Anwendung des Liquor Uzara hat Verf. übrigens wesentlich seltener als früher und nur noch in vereinzelten Fällen bei Darmkatarrhen am Ende des 1. und im

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



2. Lebensjahre zur Eiweißmilch greifen müssen, was in der Kriegszeit den Eltern sicher recht angenehm war. Von einer Anwendung des Liquor Uzara in den ersten $^3/_4$ Jahren möchte Verf. ebenso wie von der eines jeden anderen Medikamentes prinzipiell abraten, da das Bild der Wirkung der diätetischen Behandlung, die in dieser Zeit ganz allein das Wort zu reden hat, verschleiert würde. Dagegen kann er den Liquor Uzara für Erwachsene bei entsprechender Dosierung sehr empfehlen. Daß die Erfolge bei größeren Kindern ebenfalls glänzend sind, sei erwähnt, aber diese reagieren ja nicht so fein wie die kleineren und vertragen mancherlei. Hoffentlich wird das Uzaron schätzen gelernt, als Ostafrikaner nicht ein Opfer des Krieges. (M. m. W. 1915 Nr. 50.)

Atropin bei Pylorospasmus. Von Dr. Kurt Ochsenius, Kinderarzt in Chemnitz. Die Vorschrift, die Stolte in den Rabowschen Arzneiverordnungen gibt, lautet: Sol. Atropini 0,01 : 10,0, 3—4mal täglich 1—3 Tropfen vor der Mahlzeit. 1 Tropfen einer 1$^0/_{00}$igen wässerigen Lösung enthält durchschnittlich 0,05 mg Atropin, also mehr als andere Autoren gaben, z. B. Ruhräh 0,03 mg 3—4mal täglich und Birk, der in seinem Lehrbuch pro dosi 0,025 mg Atropin mit 0,25 mg Kokain gemischt empfiehlt. Verf. hat bei einem Kind zuerst die Birksche Ordination gegeben ohne jeden Erfolg, dann die Stoltesche mit durchschlagendem Erfolg. Wir müssen also annehmen, daß bei der niedrigen Dosierung die spezifische Magenwirkung des Atropins, welches bekanntlich zwar die automatischen motorischen Ganglien des Auerbachschen Magenplexus unbeeinflußt läßt, dagegen die zu ihm in Beziehung tretenden fördernden Vagusendigungen lähmt und auf diese Weise eine beruhigende Wirkung auf die Magenmuskulatur und somit auf die Peristaltik ausübt, noch nicht zur Entfaltung gebracht worden ist. Ein Beweis dafür, daß die Stoltesche Atropindosis nicht zu groß ist, ist die Tatsache, daß die hemmenden Sympathikusenden nicht gelähmt werden, was sich sonst durch gesteigerte Schmerzempfindung gezeigt hätte. Nach Verf.s Erfahrung ist es zweckmäßiger, das Atropin nicht nur vor dem Trinken zu geben, sondern die Tropfen auf die Zeit vor und nach dem Trinken und eventuell während des Trinkens zu verteilen. Gerade durch letztere Modifikation gelang es, die schmerzhafte Peristaltik während des Trinkens zu unterdrücken, was im Interesse der Nahrungsaufnahme äußerst wünschenswert ist. Mit 3 Tropfen, also 0,15 mg Atropin, kam Verf. stets aus; aber er gab es nicht nur 3—4mal, sondern 5 bzw. 6mal = 0,75 bzw. 0,9 mg Atropin. Und ein Kind, dem die Mutter infolge eines Mißverständnisses wochenlang 8 Mahlzeiten gab (2 Nachtmahlzeiten), erhielt also im Alter von 6 Wochen 8mal 0,15 mg = 1,2 mg Atropin und vertrug dies ohne jeden Schaden (Maximaldosis für den Erwachsenen pro die = 3,0 mg). Mit Rücksicht auf die Erweiterung der Hautgefäße durch das Atropin, eine Erscheinung, auf die man die Eltern vorbereiten muß, die aber in wenigen Tagen ausbleibt, hat Verf. jedesmal anfangs nur 1 Tropfen gegeben und ist erst allmählich zu 3 Tropfen übergegangen. Nach einiger Zeit — 2—3 Wochen — wurde dann der Versuch gemacht, die Atropinmenge einzuschränken. (D. m. Wschr. 1915 Nr. 51.)

* **Künstliche Höhensonne bei Pemphigus vulgaris.** Von k. u. k. Stabsarzt Priv.-Doz. Dr. Brandweiner. (Aus dem k. u. k. Reservespital in Wien.) Verf. hat in einem Falle schöne Erfolge erzielt. (W. kl. W. 1915 Nr. 43.)

* **Über therapeutische Erfolge mit der Quarzlampe.** Von G. Stümpke. In Fällen von hartnäckigem, jahrelang dauerndem Prurigo, Pruritus, bei Neurodermitis und subakuten und chronischen Ekzemen auf allgemein konstitutioneller und seborrhoischer Basis hat Verf. bemerkenswerte Erfolge erzielt. Auch bei rheumatischen Erkrankungen, Ischias usw. bewährte sich oft das ultraviolette Licht. (M. m. W. 1915 Nr. 47.)

* **Die Behandlung der Furunkel und anderer eitriger Hauterkrankungen mit Salizylsäure** empfiehlt Sanitätsrat Dr. Berkenbusch in Altenwald. Er benutzte 10$^0/_0$ige Salbe, welche stark erweichende Wirkung äußert und auch bei Ekzemen, Impetigo usw. sich gut bewährt hat. (Ther. Mhf. 1915, Oktober.)

Zur Anwendung der Levurinose bei Hautkrankheiten. Von Dozent Dr. Vörner in Leipzig. Das Präparat bewährte sich nicht allein bei Hautaffektionen ex ingestis, sondern auch da, wo Zustände der Sexualorgane in Betracht kamen: Akne des Pubertätsalters, Menstrual- und Graviditätsexantheme. Ferner bei der Akne trunci der Tuberkulösen, bei Furunkulose, Akne rosazea, Follikulitis,

Pruritus infolge Anämie und Chlorose, bei Prurigo der Kinder und bei rezidivierendem Herpes mucosae oris und dem gleichen Prozesse an den Genitalien. (M. m. W. 1915 Nr. 46.)

* **Pellidolsalbe als Ekzemheilmittel** rühmt Dr. G. Harter in Wien. Er wendet seit $1^1/_2$ Jahren die Salbe, sobald die ersten heftigen Erscheinungen abgeklungen sind, an und erzielt stets rasche Erfolge. (M. m. W. 1915 Nr. 41.)

* **Beitrag zur Behandlung der Urtikaria (Chlorkalziumkompretten).** Von Prof. Dr. Otto Seifert in Würzburg. In einigen Fällen von Urtikaria und einem Falle von akutem umschriebenen Hautödem Quinckes war die Wirkung der Kompretten eine eklatante. Gegeben wurden 10 Stück pro die. (Derm. Wschr. 1915 Nr. 42.)

* **Zur medikamentösen Behandlung der benignen Metrorrhagien.** Von Dr. Franz Ertl, Assistenten der k. k. Hebammenlehranstalt und Oberösterr. Landes-Frauenklinik in Linz a. D. Die chem. Fabrik Zyma A.-G. (Aigle, Schweiz) hat sich bemüht, ein Hydrastispräparat einzuführen, welches auch in bezug auf seine allgemeine, ausgedehnte Verwendbarkeit allen Wünschen gerecht wird. Dies scheint ihr mit dem neuen Mittel Hydrasenecion Zyma (dialysata Golaz titrat.) gelungen zu sein; denn Hydrasenecion Zyma ist ein Mittel, welches alle physiologischen Effekte der Hydrastis äußert in Verbindung mit jenen der weniger bekannten Senecio vulgaris, eines ebenfalls erfolgreichen und bisher meist nur in der Volksmedizin gebrauchten Hämostaticums. Des Verf.s klinische Erfahrungen sind befriedigend günstige. Verf. hat das Präparat in zahlreichen Fällen von Metrorrhagien und Metropathien hämorrhagischer Natur verwendet, und zwar bei: Endometritis haemorrhagica, Metritis chronica, Metrorrhagie bei Myomen, Metrorrhagien infolge entzündlicher Adnexerkrankungen. Das Mittel erwies sich als vollwertiger Ersatz des Extract. Hydrast. canad. fluid., ja übertraf vielfach noch dessen Wirkung und hat einen weniger unangenehmen Geschmack als Hydrastis canadensis. Als Indikation für die Anwendung von Hydrasenecion Zyma läßt Verf. alle Metrorrhagien gelten, die auf chronisch benignen Veränderungen der Uterusschleimhaut und der Uterusmuskelwand beruhen, sowie Blutungen, welche durch entzündliche Hyperämie des Genitales infolge Veränderungen der Umgebung hervorgerufen werden; gerade in letzteren Fällen ist ein Curettement wegen der schädlichen Propagierung des Prozesses sehr gefährlich, daher Hydrasenecion Zyma vorteilhaft zu verwenden ist. Der billige Preis und die exakte Wirkung sichern dem Mittel einen dauernden Platz in der modernen Ärztepraxis. Als Dosis wurden 3×20—30 Tropfen pro die je nach der Stärke der Blutungen verordnet. Bei profuser Menstruation wurde das Mittel am besten 8 Tage vor dem zu erwartenden Eintritt und während der Menses gegeben. — Eine schädliche Wirkung wurde niemals beobachtet, namentlich die Magenfunktion wurde in keiner Weise gestört. Es kamen vielmehr die Blutungen in den meisten Fällen prompt 2—3 Tage nach der Verabfolgung zum Stillstand. Auch bei mehreren Perioden nacheinander wurde das Mittel mit Erfolg ordiniert. Die Dauer der Menstruation wurde dadurch verkürzt und das blutungsfreie Intervall verlängert. (Klin.-ther. Wschr. 1915 Nr. 50.)

* **Tampospuman in der gynäkologischen Praxis.** Von Dr. W. Schönwitz (Prof. Nagelsche Klinik in Berlin). Tampospuman, von der Fabrik Luitpoldwerk in München hergestellt, enthält Suprarenin, Stypticin, Ferripyrin, Chininsulfat, Phenacetin und ist in Form von Stiften und Tabletten erhältlich. Es bewährte sich bei Hypermenorhöen (Pubertät, Klimakterium, Anämie) und Blutungen infolge Endometritis, Metritis, Adnextumoren, Myomen usw. Gewöhnlich wurde der Stylus in den Zervikalkanal eingeschoben; wo dieser zu eng war, und bei frischen Adnexerkrankungen wurden die Tabletten in die Vagina eingelegt. Die Wirkung trat meist sehr rasch ein. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. (Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 12.)

* **Ichthyol-Vaselin bei Erfrierungen.** Von Christo Duschkow-Kessiakoff. Bei Erfrierungen 1. und 2. Grades hatte den besten Erfolg 10%ige Ichthyol-Vaselinsalbe. Die Behandlung gestaltet sich folgendermaßen: Die gesunde Haut in der Umgebung der geschädigten Partien wird sauber gemacht. Auf sterilem Mull wird von der Ichthyol-Vaselinsalbe eine genügende Menge aufgestrichen. Diese Mullappen werden auf alle geschädigten Stellen gelegt. Darüber wird noch eine Lage steriler Mull gesetzt. Auf die ganze Partie und noch ein großes Stück proximalwärts wird der Prießnitzsche Umschlag gemacht. Der Prießnitzsche

Umschlag wird jeden Tag, der Ichthyol-Vaselinlappen jeden 2.—3. Tag gewechselt. Die Resultate zeigen sich bald. Sie sind sehr gut.

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 40.)

* **Ein Fall von Wunderysipel durch Hefe kupiert.** Von Sanitätsrat Dr. Grosch, Bad Pyrmont. Nachdem Verf. ein Erysipel bei einem Patienten, der gerade Hefe nahm, sehr milde verlaufen gesehen hatte, gab er einem Kranken mit ziemlich heftig einsetzendem Wunderysipel sofort reichlich Hefe (er bevorzugt das von den Pyrmonter Fermentwerken hergestellte Dauerpräparat „Ferment"); der Patient war schon nach 2 Tagen fieberfrei und am 5. Tage frei von allen Krankheitserscheinungen. (Klin.-ther. Wschr. 1915 Nr. 46/47.)

Ein Ersatz der Jodtinktur. Von Dr. Hermann Schmerz. (Aus der chirurgischen Universiätsklinik zu Graz.) Als solcher wird alkoholische Tanninlösung (Acid. tannic. 10,0—5,0 : 100 Alkoh. 90%) bezeichnet, die, wie die bakteriologischen Versuche ergaben, ebenso wirkt wie 5%ige Jodtinktur, aber um ein Drittel billiger ist als diese und keinerlei Reizwirkung ausübt. Sie ist hauptsächlich da indiziert, wo ein kleines Operationsfeld wiederholt desinfiziert werden soll, also z. B. bei subkutanen und intravenösen sowie intralumbalen Injektionen, zum Bestreichen genähter Wunden usw. (M. m. W. 1915 Nr. 49.)

Jodkali bei Keuchhusten zu versuchen, empfiehlt V. Lange, Kopenhagen. Man gebe es womöglich schon im katarrhalischen Stadium so früh wie möglich.

(B. kl. W. 1916 Nr. 18.)

Zum Milchbedarf des Kindes und zur Ätiologie und Behandlung der Rachitis. Von Prof. Dr. E. Feer. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Zürich.) Überfütterung mit Milch ist ein sehr wichtiges ätiologisches Moment für die Entstehung der Rachitis, und die beste Prophylaxe ist Reduktion der Milchmengen unter Zugabe von Kohlehydraten, Gemüse und Obst. Für den gesunden Säugling ist das Maximum an Milch 600 g pro die, welche Menge auch am Ende des 1. Lebensjahres nicht zu überschreiten, im 2. Jahre sogar stark zu beschränken ist. Am Anfang des 2. Jahres genügen 400 g, am Ende dieses Jahres 300—200 g, wobei man die Menge von Kohlehydraten, Obst und Gemüse vermehrt; Fleisch und Eier sind entbehrlich. Noch wichtiger sind diese Ernährungsprinzipien bei der Behandlung der manifesten Rachitis; bei jüngeren Säuglingen genügen 300—400 g, bei älteren 500 g in maximo pro die. Diesse Ernährung ist wirksamer als die ausschließlich medikamentöse Therapie. (M. Kl. 1916 Nr. 8.)

* **Über die Bekämpfung von Darmentzündungen durch lösliche Kalksalze.** Von Prof. Dr. H. Leo, Geh. Med.-Rat aus Bonn, zurzeit Oberstabsarzt in Warschau. Durch Tierexperimente wurde erwiesen, daß die Entzündung der Darmwand durch Zufuhr von Kalk unterdrückt werden kann, und es erscheint zweckmäßig, auch alle Darmentzündungen beim Menschen, jede Enteritis, Cholera, geschwürige Prozesse (Dysenterie, Typhus) so zu behandeln. Was die Form der Darreichung betrifft, so kommt dafür in erster Linie das Kalziumchlorid in Betracht, das man in der gebräuchlichen Form einer 5%igen Lösung unter Zusatz eines Sirups verschreibt und von dem man täglich 5—10 g, eventuell auch mehr, einnehmen läßt. Ebensogut kann man auch das weniger unangenehm schmeckende Calcium lacticum anwenden, sowie das ebenfalls in Wasser leicht lösliche Calcium glycerinophosphoricum. Die schon immer bei Verdauungsstörungen der Kinder mit und ohne Durchfall mit Erfolg angewandte Aqua Calcis und der Zuckerkalk enthalten zu wenig Kalk, um eine eingreifende Wirkung zu gewährleisten, sind aber in der Kinderpraxis wie bisher natürlich sehr am Platze, wenn es sich um leichtere Darmstörungen handelt. Bei schweren Enteritiden sind auch hier größere Kalkmengen indiziert. (B. kl. W. 1916 Nr. 23.)

Zur Behandlung der Laryngitis diphtherica schreibt Dr. K. Pfister: „1. Ein Knabe, 4 Jahre alt, kam am 5. Krankheitstage in Behandlung; trotz der relativ langen Krankheitsdauer waren die stenotischen Erscheinungen gering, Herztätigkeit und Allgemeinzustand gut, kein sichtbarer Belag im Rachen — die Untersuchung des Rachenschleims ergab das Vorhandensein von Diphtheriebazillen; Injektion von 1500 A.-E.; am nächsten Tage vorübergehende Besserung (Respiration etwas leichter, Atmungsgeräusch weniger pfeifend-trocken); in der Nacht starke Atmungsnot, tiefe Einziehung des Sternums fast in toto; dabei große Unruhe, schwacher Puls, livide Verfärbung der Lippen — ein Krankheitsbild, das den baldigen Exitus befürchten ließ. Die Vorbereitung zur Verbringung des Patienten in das Krankenhaus behufs Vornahme der Tracheotomie war ge-

troffen; um das Herz bis dahin einigermaßen aufrecht zu erhalten, machte ich eine Kampferöl- (2 : 10) Einspritzung (1,0), also 0,2 Kampfer; zu meiner und der Umgebung Überraschung besserte sich nach kaum 10 Minuten das Allgemeinbefinden auffallend, die Dyspnoe so weit, daß das Kind sich beruhigte, die Atmungsgeräusche fast ganz verschwanden. Bei diesem Befinden hielt man die Operation nicht mehr für geboten, sie wurde auch nicht mehr notwendig, nach 4 Beobachtungstagen kam der Patient als Rekonvaleszent zurück. Ein zweiter Fall vor wenigen Tagen betraf ein 3 Tage vorher erkranktes Mädchen, 9 Jahre alt; die stenotischen Erscheinungen waren auch hier sehr stark ausgeprägt mit all den übrigen Folgezuständen; ich machte hier nach einer Injectio seri eine solche von Kampferöl, wie im vorigen Falle — mit dem gleichen Erfolge! In gleicher oben beschriebener Weise und in gleich kurzer Zeit besserten sich auch hier die Beschwerden und leitete die Besserung in Heilung über."

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1916 Nr. 5.)

Laryngol. Von F. E. Stupnicki, Burgdorf. Auf seine Veranlassung hat Apotheker Dr. Lüsy (Burgdorf) diese Chloreton, Kampfer, Menthol, Eukalyptol und Ol. Pini in feinster Verteilung enthaltende Emulsion zu Inhalationszwecken hergestellt. Sie ist indiziert bei Katarrhen der Nase, des Kehlkopfes, der Trachea und Bronchien, bei Asthma, Pertussis, Heufieber u. dgl.

(Schweiz. Corr.-Bl. 1916 Nr. 8.)

Über die lokale Behandlung der Diphtherie mit Tribrom-β-Naphtol (Providoform). Von Dr. Erich Leschke. (Aus der II. medizinischen Universitätsklinik der Kgl. Charité in Berlin.) Verf. ist so vorgegangen, daß er etwa 1 Eßlöffel der 5% alkoholischen Providoformtinktur auf ein Glas Wasser in homogener Emulsion mit Hilfe eines kräftigen Zerstäubers hat einatmen lassen. Wenn sich eine genügende Menge der Flüssigkeit in der Rachenhöhle angesammelt hat, wurde damit ausgiebig gegurgelt, und zwar so tief wie möglich, wobei stets etwas von der Flüssigkeit in die Speiseröhre laufen soll, um auch die hintersten Rachenteile zu treffen. Bei der völligen Ungiftigkeit des Mittels können auch größere Mengen schadlos verschluckt werden. Bei Leuten, die besondere Fertigkeit im Gurgeln haben, genügt es wohl auch, möglichst tief und ausgiebig gurgeln zu lassen. Jedoch scheint Verf., daß durch das Einatmen der zerstäubten Flüssigkeit die hinteren Rachenteile wirksamer getroffen werden. Bei Diphtherie des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien wird man zweckmäßig eine konzentriertere Emulsion der Providoformtinktur in Wasser mit einem feineren Zerstäuber inhalieren lassen. Dabei ist besonders darauf zu achten, daß die Emulsion jedesmal frisch bereitet wird, sobald sie auszuflocken beginnt, was schon nach wenigen Stunden einzutreten pflegt. Sobald die Ausflockung eintritt, verliert das Mittel seine Wirkung auf die Diphtheriebazillen und außerdem wird der Inhalationsapparat durch die Flocken verstopft. Neuerdings hat Verf. auch, um eine größere Desinfektionskraft und Tiefenwirkung zu erzielen, namentlich nach Abstoßen der Beläge die Mandeln mit der unverdünnten 5% Tinktur gepinselt. Da in der Literatur bereits Berichte vorliegen, daß Pinselung mit Jodtinktur die Bazillen schneller zum Verschwinden bringt, ist dies von dem spezifisch wirkenden Providoform um so mehr zu erwarten. Der klinische Erfolg dieser Behandlung äußert sich zunächst darin, daß die Beläge sich schneller abstoßen. Verf. hat gesehen, daß große Membranen bis zu 7×3 cm Größe sich in toto abstießen. Daß diese Reinigung der Mandeln durch die Behandlung objektiv beschleunigt wurde, ging deutlich hervor aus dem Vergleich mit nicht lokal behandelten Patienten, ebenso auch aus der Verzögerung des Verlaufs bei Aussetzen der Behandlung und bei Patienten, die die Behandlung nachlässig durchführten. Verf. konnte geradezu aus der Art des Verlaufs solche säumige Patienten erkennen und überführen und dann auch bei ihnen nach gewissenhafterer Befolgung der Anordnung die günstige Wirkung feststellen. Im allgemeinen überzeugten sich die Patienten selbst sehr bald von der guten Wirkung der Behandlung und führten sie darum gern durch. Aber auch nach Abstoßen der Beläge und völliger Reinigung der Mandeln muß die Behandlung unverändert fortgesetzt werden, da ja die Diphtheriebazillen sich noch weiter in den Buchten der Mandeln halten. Da wir im Providoform ein so stark bakterizid wirkendes Mittel haben, lag es nahe, zu versuchen, die Patienten durch konsequente Weiterbehandlung bazillenfrei zu machen. Dieses Ziel wurde in der Tat bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erreicht. Nur 2 Fälle, die aus äußeren Gründen früh entlassen werden

mußten, hatten bei der Entlassung noch Diphtheriebazillen in den Krypten der Tonsillen. Beide waren gewissenhaft genug, zu Hause weiter regelmäßig mit Providoform zu gurgeln, und obwohl der eine Fall, ein Schulknabe, wie sich später herausstellte, im selben Zimmer und im selben Bett mit jüngeren Kindern zusammen untergebracht war, die noch keine Diphtherie gehabt hatten, ist keines dieser Kinder von ihm angesteckt worden. Auch dieser Knabe wurde nach der Entlassung später bazillenfrei. Die Vorzüge der lokalen Behandlung der Diphtherie mit Providoform liegen also darin, daß die Beläge sich rascher abstoßen, wodurch sowohl das subjektive Befinden wie der objektive Krankheitsverlauf günstig beeinflußt werden, sowie in der rascher erzielbaren Bazillenfreiheit und der dadurch gewährleisteten Verhütung weiterer Ansteckungen.

(M. m. W. 1915 Nr. 41.)

*** Zur Behandlung des Asthma bronchiale mit dem Endobronchialspray.** Von Stabsarzt Dr. Stephan. (Aus der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Berlin.) „Einen in jedem Falle sicheren Erfolg gewährleistet die Behandlung des Asthma bronchiale mit dem Endobronchialspray nicht. Überhaupt soll sie die sonstigen Behandlungsarten keineswegs ersetzen oder verdrängen. Die mit der Jodtherapie erzielten Erfolge werden dieser Behandlungsart immer eine hervorragende Stelle anweisen. Auch der Einfluß der Inhalationstherapie (Räucherung, Zerstäubung an Apparaten oder im Raum), der Pneumatotherapie, der Mechano- und Hydrotherapie auf das Asthma bronchiale soll nicht unterschätzt werden. Aber alle diese Behandlungsarten können nachgewiesenermaßen nur in einem Teil der Fälle günstig und zuverlässig wirkend befunden werden. Gerade bei den unbeeinflußbaren Fällen kann die endobronchiale Behandlung nach den bisherigen Erfahrungen dringend empfohlen werden. Sie ist imstande, allein oder im Verein mit anderen therapeutischen Maßregeln in manchen sonst aussichtslosen Fällen noch Heilung zu erzielen. In der großen Mehrzahl der Fälle hat sie sich als hervorragendes Beruhigungsmittel für kürzere oder längere Zeit bewährt. Auch diese im Erfolg beschränkte Wirkung muß bei der Schwere des Leidens und den mit ihm verbundenen qualvollen Zuständen als ein wertvoller Gewinn bezeichnet werden.“ (D. m. W. 1916 Nr. 4.)

*** Beitrag zur Jodbehandlung des Asthma bronchiale.** Von Stabsarzt a. D. Dr. Grumme in Fohrde. Ein seit Jahren an Asthma leidender Patient bekommt täglich 2 Tabletten Jodtropon und hat jetzt im Laufe eines Jahres 660 Stück (= 33 g Jod. pur.) genommen. Er wurde von seinem Leiden befreit, nimmt am Feldzuge teil und hat manchmal große Strapazen zu überstehen.

(D. m. W. 1916 Nr. 9.)

Über Rhinovalin. Von Prof. Dr. Otto Seifert und Dr. Como. (Aus der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg.) Diese Lösung von Validol in Ol. Paraffin (Zimmer u. Co., Frankfurt a. M.) wird in Gläsern zu 10 g abgegeben. Es wurde den Patienten angegeben, ein Augentropfglas bis etwa zur Hälfte (also etwa 1 ccm) mit der Lösung vollzusaugen und diese Quantität bei leicht zurückgeneigtem Kopfe in die beiden Nasenhälften einlaufen zu lassen, so daß auf jede Seite ungefähr die Hälfte dieser Menge trifft. Sobald die Patienten das Hinunterfließen in den Nasenrachen- bzw. Mundrachenraum verspüren, sollen sie sofort den Kopf leicht nach vorne überbeugen und mit etwas vorher schon bereitgehaltener Watte (eventuell einem Taschentuch) die Nase für etwa 1 Minute zuhalten, damit die gesamte Nasenhöhlenschleimhaut gewissermaßen mit der Lösung bespült wird. Die Watte (bzw. das Taschentuch) ist dann ohne weiteres bereit, nach Freilassung der Naseneingänge die überfließende Flüssigkeit aufzunehmen und damit den Mund vor deren Eindringen zu schützen. Das Mittel bewährte sich bei akutem Schnupfen, wo 3—4malige Applikation pro die genügte, um die lästigen Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen, sowie bei den trockenen Katarrhen (Rhinitis sicca, Rhino-Pharyngitis), wo durch 2—3malige Behandlung pro die vor allem eine Milderung der subjektiven Beschwerden erreicht wurde.

(Klin.-ther. W. 1915 Nr. 51.)

Behandlung der Möller-Barlowschen Krankheit. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Peiper, Greifswald. Heilung ist nur durch Zuführung ungekochter Nahrung möglich! In schwereren Fällen Ammenmilch, eventuell abgedrückt. Wo dies nicht möglich, rohe Kuhmilch, bei jüngeren Kindern verdünnt; vor der

Mahlzeit wird die Milch auf Trinkwärme gebracht und 5mal am Tage in Mengen von 150—200 ccm gereicht. Je nach der Schwere des Falles erhält das Kind 2—3 Wochen hindurch die Kuhmilch in ungekochtem Zustande. Besonders wenn rohe Kuhmilch unverdünnt gegeben wird, ist der Stuhlgang des Kindes sorgfältig zu überwachen, denn rohe, unverdünnte Kuhmilch wird, zumal bei jüngeren Kindern, auf die Dauer nicht vertragen. Es besteht ferner die Möglichkeit, daß trotz aller Vorsicht sich doch ein Milchfehler einschleichen kann. Die rohe Milch wird, wenn sie unverdünnt von jüngeren Säuglingen nicht vertragen werden sollte, mit kurz abgekochtem Wasser oder mit einer 3—5%igen, kurz gekochten Hafer- oder Reismehlabkochung verdünnt. Verträgt das Kind auch rohe, verdünnte Milch nicht, oder ist man nicht imstande, einwandfreie rohe Milch zu beschaffen, so muß man sich entschließen, die Milch gerade bis zum Aufwallen zu bringen, und dann sofort den Kochprozeß unterbrechen. Sobald die rohe Milch gut vertragen wird, geht man am 2. Tage oder, wenn die Darmverhältnisse es gestatten, sofort zur Verabreichung anderer sogenannter antiskorbutischer Nahrungsmittel über. Von jeher haben sich in der antiskorbutischen Therapie Vegetabilien bewährt. Auch beim Kinderskorbut ist die Zufuhr von Pflanzensäuren nach der rohen Milch in erster Linie zu nennen. Insbesondere sieht man guten Erfolg von der Verabreichung von frischem Zitronen- oder Apfelsinensaft, 2—3 Teelöffel pro Tag in dünnem Zuckerwasser. Nehmen die Kinder den Saft nicht mit Wasser verdünnt, so gibt man ihn mit Kartoffel- oder Grießbrei. Kristallisierte Zitronensäure ist nicht zu verwenden. Auch Kirsch-, Himbeer-, Blaubeer-, Brombeer-, Erdbeer-, Preiselbeer-, Weintrauben-, Pfirsich- oder Orangensaft ist zu geben. Neben den Fruchtsäften oder an Stelle derselben werden roher geschabter Apfel, Birne, Banane, Erdbeeren, Apfel- Pflaumen-, Rhabarbermus, Pfirsiche, Aprikose, Dattel, entkernte Kirschen oder Pflaumen, kurz die Früchte der Jahreszeit in kleinen Mengen, aber häufiger am Tage gereicht. Sehr empfehlenswert ist die Verabreichung von 2—3 Teelöffeln Fleischsaft: 250 g rohes, saftreiches Rindfleisch werden durch die Fleischmaschine gedreht und auf einer Fleischpreßmaschine durchgepreßt. Der frisch ausgepreßte Saft wird meist ohne jeden Zusatz von den Kindern gern genommen. Wird er verweigert, so mischt man ihn unter etwas Kartoffel- oder Grießbrei. Fleischextrakte und Fleischbrühe kommen nicht in Betracht, da sie einflußlos bleiben. Das wirksame Agens scheint das Fleischeiweiß zu sein. Unter genauer Beobachtung des Stuhlganges, jede Überlastung des Magens sorgfältig vermeidend, geht man am 4. oder 5. Tage, wenn nicht schon früher, zur Gemüsekost über. Man gibt mittags einige Teelöffel Spinat-, Blumenkohl-, Mohrrüben-, Kartoffelmus oder einige Spargelköpfe. Die Beikost wird auf alle Mahlzeiten verteilt. Bei jüngeren Kindern wird der rohe Fleischsaft baldmöglichst ausgesetzt. Bei Säuglingen, die an der Jahresgrenze stehen, ersetzt man ihn durch im Haushalt frisch geschabtes rohes Rindfleisch, das mit Grießbrei zwischen zwei Untertassen über kochendem Wasser 10 Minuten gedämpft wird. Fruchtsaft, Obst und Gemüse werden, wenn es die Verdauungszustände erlauben, überhaupt nicht mehr ausgesetzt.

(D. m. W. 1916 Nr. 6.).

IV. Neue Bücher.

L. Brauer. **Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung.** C. Kabitzsch, Würzburg. Bd. V, Heft 1. Preis M. 12.—. Heft 2 M. 8.—.

Wir haben schon so oft auf diese Hefte empfehlend hingewiesen, die dem Forscher und Praktiker immer wieder hochinteressante Arbeiten bringen, daß es genügt, auf den Inhalt der vorliegenden Hefte aufmerksam zu machen. Heft 1 enthält folgende Aufsätze: „Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen beim Fleckfieber“ von Wolff, „Beiträge zur Pathologie und Therapie der Typhusbazillenträger“ von Krause und Bumke, „Klinik und Pathogenese der Paratyphus B-Infektion“ von Stephan, „Beitrag zur Bakteriologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica“ von Fischer, „Beziehungen des Ikterus epidemicus zum Ikterus catarrhalis und zur Weilschen Krankheit“ von Ickert, „Die moderne Behandlung des Tetanus“ von Kreuter, „Bemerkungen zum Verlauf des Typhus abdominalis im ersten Kriegsjahr 1914“ von Fejes. Heft 2

enthält: „Über Schwerhörigkeit im allgemeinen und Typhusschwerhörigkeit im besonderen“ von Wittmaack, „Zur Epidemiologie des Typhus abdominalis“ von Barrenscheen und Kyrbe, „Über Autolysine“ von Billigheimer, „Die Typhusschutzimpfung und ihre Erfolge“ von Seiffert. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Abel, G., Über einen Fall von Doppelmißbildung (Berlin). — Bleckmann, Kombinierte Neosalvarsan-Quecksilberbehandlung der kongenitalen Lues (Straßburg). — Bosshardt, M., Über einen Fall von hereditärem Defekt von Fingern (Marburg). — Eliassow, W., Erbliche Belastung und Entwicklung von Hilfsschulkindern (Königsberg). — Gottschalk, J., Fall von Volvulus des Dünndarms im Säuglingsalter (Berlin). — Hoffmann, M., Beitrag zur Lehre von den hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkserkrankungen (Kiel). — Komes, B. O. H., Varicella bei Erwachsenen (Leipzig). — Krüsmann, M., Psychosen bei akuten Infektionskrankheiten, Deferveszenzdelirien, speziell bei Scharlach. — Leiser, K., Kehlkopftuberkulose im frühen Kindesalter (Berlin). — Meyer, H., Zur Biologie der Zwillinge (Berlin). — Olejniczak, B., Über einen durch Enteroanastomose geheilten Fall von Hirschsprungscher Krankheit (Kiel). — Paasche, B., Zur Frage der modernen Behandlung des Typhus im Kindesalter (Rostock). — Sauer, H., Gehäufte kleine Anfälle bei Kindern, Pyknolepsie (Greifswald). — Schirmeyer, L., Über die während der Wendung zustande kommenden Humerusfraktionen des Kindes (Kiel). — Thiele, F., Beitrag zur Eiweißmilchfrage (Berlin). — Wacker, A., Statistische Studie zur Ätiologie der Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung des lokalen Auftretens der Krankheit in München während der Jahre 1880—1886 (München).

V. Monats-Chronik.

Berlin. Der Kaiser hat anläßlich des Geburtstages der Kaiserin jährlich 50000 Mark als Beitrag zu der Erweiterung des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit bewilligt. Die Erweiterung der Anstalt soll der vermehrten Ausbildung von Säuglingspflegerinnen und der Vergrößerung der Zentralstelle für Säuglingsschutz dienen.

— Für Säuglinge im Alter bis zu einem Jahre, d. h. zunächst für die nach dem 1. Dezember 1915 geborenen, werden in Berlin vom 1. Dezember ab Zusatzzuckerkarten ausgegeben, die zum Bezuge von $^1/_2$ Pfund Zucker für jedes Kind im laufenden Kalendermonat berechtigen.

— Durch einen Erlaß des preußischen Ministeriums des Innern vom 10. Oktober werden die Apotheker nochmals angehalten, Gummisauger jederzeit vorrätig zu halten.

Dresden. Das Landesgesundheitsamt beriet am 9. September über die vom Ministerium des Innern aufgestellten Grundsätze, betreffend gesetzliche Regelung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Sachsen. Bei der (unverbindlichen) Aussprache kam man zu dem Ergebnis, daß besondere Fürsorgebezirke für Säuglinge, uneheliche Kinder und Pflegekinder bis zum 6. Jahr zu bilden sind. Die Fürsorge soll sich erstrecken auf Belehrung und Beratung der Mütter, Beaufsichtigung der Kinder, wirtschaftliche Unterstützung von Mutter und Kind. Die Organisation und Überwachung der Maßnahmen im einzelnen (wie Mütterberatungsstellen, Stillbeihilfen usw.) soll eine Zentralstelle, der Landesausschuß für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, übernehmen. In ihm sollen unter Vorsitz des Ministers des Innern u. a. Vertreter der Regierung, der beteiligten Behörden, die Leiter der Frauenkliniken in Leipzig, Dresden, Chemnitz, der Kinderklinik in Leipzig, des Säuglingsheims in Dresden Mitglieder sein.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. **Februar 1917.** Nr. 2.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

H. Bahrdt und **F. Edelstein,** Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 9. Mitteilung: Die flüchtigen Fettsäuren in frischer und verdorbener Säuglingsnahrung. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus in Berlin.) (Ztschr. f. Kinderhlk. 11. S. 403.) Auch bei reichlicher Impfung mit Reinkulturen in Milch bildeten sich innerhalb der ersten Tage nicht soviel niedere flüchtige Fettsäuren, daß durch diese eine akute Verdauungsstörung erklärt werden könnte. Auch bei ganz frischen Fällen von akuter schwerer Verdauungsstörung fanden sich in der in Betracht kommenden, sofort untersuchten Säuglingsnahrung keine nennenswerten Mengen flüchtiger Säuren. Diese Untersuchungsergebnisse sprechen also durchaus gegen eine überwiegende Bedeutung verdorbener Milch bei der Entstehung der akuten, gewöhnlichen Sommerdurchfälle der Säuglinge.

Schick.

H. Bahrdt, F. Edelstein, P. Hanssen und **E. F. Welde,** Untersuchungen über die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 10. Mitteilung: Tierversuche über die Vermehrung von Bakterien und die Bildung flüchtiger Fettsäuren im Magen (und Darm) bei Fütterung von keimreicher Milch. (Ebenda. 11. S. 416.) Es wurden Hunde mit Milch (einmal 200—400 g) gefüttert, die mit verschiedenen Milchbakterien in Reinkultur infiziert war. Die Milch enthielt meist enorme Mengen von Bakterien. Nach 2 Stunden wurden die Hunde getötet und im Magen Keimzahl und Magenflora untersucht. Daneben wurde auch der Dünndarm und zum Teil der Dickdarm untersucht und auf eventuelle pathologische Wirkungen geachtet. Die Keimzahl im Magen war in den meisten Versuchen trotz Zufuhr enormer Mengen von Bakterien sehr vermindert, meist auf ein Zehntel oder weniger. In einigen Versuchen, besonders mit Säurebildnern, war die Keimzahl im Magen nicht vermindert, zum Teil etwas erhöht. An dieser Bakterienvermehrung waren aber die eingeführten Keimarten gar nicht oder nur zu einem Bruchteil beteiligt. Es hatten sich vielmehr hauptsächlich andere, offenbar im Magen (oder im Munde) schon vorhandene Bakterien vermehrt.

Bei den letztgenannten Versuchen zeigte sich keine Beschleunigung der Peristaltik oder leicht erkennbare Störung der Verdauung. Ebensowenig bei den anderen Versuchen, außer bei zweien.

Eine akute Verdauungsstörung bewirkten von den untersuchten Bakterienarten (Bact. acidophilus, Bact. acidi lactici, Bact. lactis aerogenes, Sporenbildner aus der Gruppe der Heu- und Kartoffelbazillen, Bacterium coli, Bact. Flügge No. VII und eine Reihe anderer) nur Bacillus Flügge No. VII und ein stark wachsender Kolistamm, also solche Bakterienarten, von denen es bereits bekannt ist, daß sie, in genügender Menge per os zugeführt, akute Gastroenteritiden herbeiführen können. Bei diesen war eine Peristaltikbeschleunigung nachzuweisen.

Die Bildung des Koagulums im Magen war bei Fütterung infizierter Milch zum Teil weniger fest als normal. Die Verdauung der Milch und die getrennte Entleerung von Molke und Koagulum in den Darm schien aber meist ungestört zu sein.

Die Bestimmung der flüchtigen Fettsäuren in der infizierten Milch, im Mageninhalt und Darm ergab im Mageninhalt mehr flüchtige Fettsäuren als in der infizierten Milch, die Mengen entsprachen aber den bei gesunden und kranken Säuglingen gefundenen Mengen und sind nicht größer als bei Verfütterung nichtinfizierter Milch. Den durch die Milchverderbnis entstandenen Produkten kann also eine ursächliche Bedeutung für die Pathogenese akuter Verdauungsstörung nicht zuerkannt werden. Freilich handelte es sich bei diesen Versuchen um vorher gesunde Tiere und um normal dosierte Nahrungsmengen. Die Versuche sind daher noch unter anderen Bedingungen fortzusetzen. Schick.

Erich Rominger, Rachitis und innere Sekretion. (Aus der Kinderklinik Freiburg i. Br.) (Ebenda. 11. S. 387.) Mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens gelang es nicht, eine Störung innersekretorischer Drüsen bei der Rachitis nachzuweisen. Untersucht wurden 41 Kinder und 6 gesunde Erwachsene; unter den Kindern waren 28 Rachitiker. Auf Abbau wurden Thyreoidea, Thymus, Hoden, Ovarium geprüft. Die Resultate waren nicht gesetzmäßig; auch der von Deutsch beobachtete „fast regelmäßig starke Abbau von Thymusgewebe“ durch normale Sera konnte Verf. nicht bestätigen. Er hält die Abderhaldensche Dialysiermethode überhaupt noch nicht für eine klinisch für diese Fragestellung brauchbare Methode. Schick.

Emmy Bergmann-Grunwald, Ein Fall von sogenanntem Hemispasmus der Unterlippe. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus in Berlin.) (Ebenda. 11. S. 472.) Der 11 Monate alte Knabe zeigte beim Weinen auffallende Asymmetrie des Gesichts. Die rechte Hälfte der Unterlippe wird exzessiv nach unten gezogen; zugleich wird sie weit vom Processus alveolaris des Unterkiefers abgezogen und nach außen gewendet, so daß auch das innere Lippenrot sichtbar wird. Beim Lachen ist die Asymmetrie geringer deutlich. Die Ätiologie der Störung blieb unklar. Verf. hält sie für einen angeborenen Motilitätsdefekt im Bereich des unteren Fazialisastes. Lewandowsky vermutete, daß es sich um eine zentral bedingte Mitbewegung handelt. Schick.

Egon Rach, Zur Radiologie pleuraler Ergüsse bei Kindern. (Aus der Kinderklinik in Wien.) (Ebenda. 12. S. 1.)

Bei sagittalem, ventrodorsalem oder dorsoventralem Strahlengang ist zwischen Lunge einerseits, seitlicher Brustwand und Zwerchfell andererseits ein homogener Schatten erkennbar, der unten außen am breitesten ist und sich sowohl nach innen als nach oben allmählich verschmälert und der in Form eines sich zuschärfenden Saumes bis zur Spitze hinaufreichen kann. Gegen diesen Schatten grenzt sich die Lunge in völlig scharfer Weise ab, sie erscheint unter Beibehaltung ihrer Form gleichmäßig von außen und von unten hiluswärts von der seitlichen Brustwand abgedrängt. Wenn die rechte Seite betroffen ist, kann sich der Schatten in Form eines annähernd horizontal gelagerten, dem interlobaren Spalt entsprechenden, medialwärts sich zuspitzenden, bald schmäleren, bald breiteren Keiles zwischen Ober- und Mittellappen erstrecken.

Bei größeren Ergüssen ist dann oft nur der Oberlappen in seiner Gestalt erhalten und mit seinen Rändern völlig scharf erkennbar, während Mittel- und Unterlappen nicht deutlich hervortreten und nur lufthaltige Reste noch wahrgenommen werden können.

Solche Bilder sind mit Einzelschlagaufnahmen und harten Röhren zu gewinnen. Schick.

H. Opitz, Beitrag zur Wirkung des Friedmannschen Tuberkuloseheilmittels bei Kindern. (Aus dem Kinderkrankenhaus in Bremen.) (Ebenda. 12. S. 4.) Auf Grund einer bis über 5 Monate erstreckenden Beobachtung bei 10 Fällen von Lungen-, Bauchfell-, Knochen- und Hauttuberkulose hat Verf. nach Anwendung genannten Mittels keine erheblichen Besserungen, wohl aber eher Verschlechterungen feststellen können, zum mindesten wurde ein Fortschreiten der tuberkulösen Erkrankungen nicht verhindert. Fast ausnahmslos war außerdem mit den Injektionen eine sehr beträchtliche Alteration des Allgemeinbefindens verbunden. Verf. warnt daher vor der Anwendung des Mittels auch bei Kindern. Schick.

H. Bahrdt und **F. Edelstein,** Der Energie- und Stoffwechsel eines atrophischen Säuglings. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus in Berlin.) (Ebenda. 12. S. 15.) Es gibt Kinder im atrophischen Zustande mit gleichzeitig vorhandener Bilanzstörung, bei denen die Resorption des Energiespenders im Darm stofflich und kalorisch durchaus genügend ist und doch kein genügender und regelmäßiger Reparationsansatz besteht. Bei einem Atrophiker, der trotz kalorisch genügender Nahrung und günstiger äußerer Bedingungen nicht so rasch zunahm, wie das zu erwarten gewesen wäre, genügte weder Eiweiß-, noch Fett-, noch Wasseransatz zu einem raschen Ersatz verlorengegangener Körpersubstanz. An den dabei auftretenden Gewichtsschwankungen ist das Wasser mehr beteiligt, als seinem Anteil an einer normalen Körperzusammensetzung entspricht. Das Wasser spielt also auch bei Gewichtsstillstand und kleineren Gewichtsschwankungen eine ähnliche Rolle, wie sie bei raschen und großen Gewichtsstürzen bekannt ist. Auffallend ist, daß die vermehrte Wasserausscheidung während einer Periode des Gewichtsstillstandes hauptsächlich durch Haut und Lunge er-

folgte; man könnte daran denken, daß der Körper sich auf diese Weise vor Mineralverlusten durch die Niere schützen wollte.

Die Wärmebildung kann beim Atrophiker abnorm hoch sein, auch ohne daß das körperliche Verhalten des Kindes oder klimatische Verhältnisse dies erklären. Diese erhöhte Wärmebildung kann mit dem ungenügenden Ansatz in Zusammenhang gebracht werden. Es könnte sich um eine primäre Störung der Ansatzfähigkeit handeln, wofür vielleicht aus dem Studium des Mineralstoffwechsels eine Erklärung zu gewinnen ist; oder es könnte primär die Wärmebildung erhöht sein, etwa durch erhöhte Drüsenarbeit. Schick.

Edmund Nobel und **Richard Steinebach,** Zur Klinik der Splenomegalie im Kindesalter. (Aus der Kinderklinik in Wien.) (Ebenda. 12. S. 75.) Verff. bringen zu der Krankheitsgruppe, die mit Milzvergrößerung und Ikterus einhergehen, drei Beobachtungen; die erste betrifft ein 8 Jahre altes Mädchen mit hypertrophischer Leberzirrhose (Hanot), das seit dem 3. Lebensjahre an heftigen Schmerzattacken in der Lebergegend leidet. Während der Anfälle Fühlbarwerden der Leber, und bald darnach stellt sich regelmäßig Ikterus ein. Wa.-R. negativ und Blutbild normal. Alkoholgenuß minimal. Das Kind weist neben einem den Rippenbogen um zwei Querfinger überragenden harten Lebertumor auch eine bis in Nabelhöhe reichende Milzvergrößerung auf. Bei der Patientin wird die 750 g schwere Milz operativ entfernt. 8 Tage nach der Operation war der Ikterus verschwunden, die Leber kleiner.

Die anderen zwei Fälle sind Fälle von erworbenem hämolytischen Ikterus, Knaben, 8 bzw. $5^1/_4$ Jahre alt. Der erstere zeigte Gelbfärbung seit dem 1. Lebensjahre, der zweite erst seit 1 Monat. Bei beiden besteht Milzvergrößerung bei gefärbten Stühlen und gallenfarbstofffreiem Urin, dagegen Urobilinurie; Magenfunktion normal. Die Resistenz der roten Blutkörperchen ist herabgesetzt; das erste Kind hatte eine leichte Anämie, das zweite Kind war schwer anämisch. Bei beiden Kindern wurde die Milz exstirpiert, der Erfolg war sehr gut. Leider ging das zweite Kind, nachdem es sich von seinem fast moribunden Zustande vor der Operation geradezu glänzend erholt hatte, an einer Strangulation des Darmes durch Adhäsionen zugrunde.

Verff. empfehlen für genannte Krankheitsbilder die Splenektomie und weisen darauf hin, daß der hämolytische Ikterus in frühester Jugend erworben werden kann. Seine Symptome sind oben schon angeführt.

Im Blutbild des hämolytischen Ikterus ist eine Anisozytose mit bedeutendem Überwiegen stark hämoglobinhaltiger Mikrozyten typisch. Fallweise ausgeschwemmte kernhaltige rote Blutkörperchen sind fast ausschließlich Normoblasten.

Selbst bei hochgradiger Anämie wurden zum Unterschiede von der Anaemia perniciosa normale Aziditätswerte des Magensaftes gefunden. Die Milz ist wahrscheinlich an der Pathogenese des hämolytischen Ikterus hervorragend beteiligt; das histologische Bild ist durch die Blutfülle der Pulpa bei fast blutleerem Sinus ausgezeichnet; diese Verteilung ist wahrscheinlich die Folge einer Veränderung an

den Kapillaren. Bei der Indikationsstellung zur Splenektomie ist zu berücksichtigen, daß eventuelle Operationsfolgen (Adhäsionen) unangenehm werden können oder Rezidive auftreten; maßgebend ist außer dem Grad der Anämie die Möglichkeit, die Patienten unter Beobachtung zu halten.

Ist die Splenektomie beim hämolytischen Ikterus nicht angezeigt, so versuche man Röntgenbestrahlung der Milz und Eisenmedikation. Schick.

Erich Hoffmann, Erythema infectiosum (Großflecken oder Ringelröteln). (Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Bonn.) (D. m. W. 1916. Nr. 26.) Neben den drei allgemein anerkannten akuten exanthematischen Infektionskrankheiten des Kindesalters, Scharlach, Masern und Röteln, werden in der modernen Pädiatrie noch zwei Erkrankungen angeführt, welche als vierte und fünfte Krankheit bezeichnet werden. Während aber über die Berechtigung der Abtrennung der ersteren, der sogenannten Dukes-Filatowschen Krankheit, noch keine Einigkeit erzielt ist, ist die letztere unter dem Namen Erythema infectiosum oder Großflecken als einzigartige Ausschlagskrankheit anerkannt, und in den neueren Lehrbüchern der Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten, z. B. von Feer und Jochmann, wird ihr ein besonderer Abschnitt gewidmet. Demgegenüber findet sich in den dermatologischen Lehrbüchern diese interessante Krankheit kaum erwähnt, und in ärztlichen Kreisen ist sie entsprechend ihrem seltenen Auftreten in kleinen Epidemien noch so gut wie unbekannt.

Verf. hat im ganzen etwa 40 Fälle von Erythema infectiosum gesehen, die fast durchweg ohne Fieber und nennenswerte Störung des Allgemeinbefindens verliefen und in der Mehrzahl einen so regelmäßigen Verlauf nahmen und so charakteristische Erscheinungen machten, daß die Diagnose gewöhnlich keine besonderen Schwierigkeiten verursachte. Kennzeichnend sind die eigenartige Form, Ausbreitung und Reihenfolge des Hautausschlages. Die Krankheit beginnt fast immer ohne Vorboten mit einer plötzlich eintretenden Rötung der Wangen, die uns meist in Schmetterlingsform, über den größeren Teil beider Wangen symmetrisch verbreitet, bereits vor Augen kommt. Die Rötung ist gewöhnlich scharf begrenzt, besonders gegen die unteren Lider und Nase hin, und die Haut erscheint mehr hell- oder bläulichrot und zugleich etwas urtikariell, wie gedunsen, und fühlt sich mehr oder weniger heiß an. Seltener hat man Gelegenheit, einzelne rote Scheiben zu sehen, meist ist schon Konfluenz eingetreten. Bei aufmerksamer Betrachtung lassen sich aber an den Rändern fast immer einzelne Flecke und Ringe erkennen, die sowohl nach den Augen wie besonders nach dem Halse hin auftreten und hier zumeist die charakteristische annuläre oder Gitterzeichnung bilden, bei der mehrere Millimeter breite, rote, netzartige Streifen linsen- bis gut erbsengroße Felder normaler Haut kranzförmig einschließen; nicht selten sieht man solche Streifen auch krebsscherenartig von der erythematösen Fläche gegen die normale Haut vorspringen, so daß ein offener Ring gebildet wird. Die Nase kann freibleiben, aber auch in ihrem oberen Teil in Form eines beide Schmetter-

lingsflügel des Gesichtserythems brückenartig verbindenden, etwa 1—2 cm breiten Streifens beteiligt sein. Häufig ist auch die Gegend der Glabella, seltener die ganze Stirn und das Kinn von dem gedunsen aussehenden Erythem betroffen. Die Ohren und ihre Umgebung sind meist frei, ebenso der behaarte Kopf. An den vorderen und seitlichen Halspartien, besonders der Unterkinngegend, seltener am Nacken, ist der annuläre und großfleckige Charakter des Erythems meist recht ausgesprochen. Schon am folgenden Tage bemerkt man das Erythem auch an den oberen Extremitäten, und zwar am deutlichsten und frühesten an der Streckseite der Oberarme; auch hier konfluieren die scheibenförmigen Erythemflecke schnell zu einer großen, bläulichroten, wie gedunsen aussehenden Fläche, an deren Rändern, besonders nach dem Ellbogen hin, einzelne erbsen- bis groschengroße Scheiben und Ringe deutlich hervortreten. Bald geht das Exanthem auch auf die Unterarme über, wo es Streck- und Beugeseiten befällt und besonders am Handgelenk schöne Scheiben und Ringe erkennen läßt; auch die Handrücken werden betroffen, doch weniger deutlich, während die Finger meist freibleiben. Am Rumpf findet sich gewöhnlich ein leichtes annuläres Erythem, das bald mehr an eine figurierte Roseola, bald mehr an eine Cutis marmorata erinnert, gelegentlich aber auch ganz fehlen kann; stärker ausgeprägt ist es fast immer am Gesäß und den Schultern, also an Stellen, an denen die Kleidung scheuert. Am 3. bis 4. Krankheitstage oder früher sind auch die Beine ergriffen und zeigen rote Flecke, zum Teil in konfluierten Flächen sowohl an den etwas bevorzugten Streckseiten, wie an den Beugeseiten; auch hier wieder ist der scheiben- und ringförmige Charakter besonders in der Umgebung der Knie und an den Unterschenkeln am besten ausgeprägt. Die Fußrücken werden seltener betroffen, die Handflächen und Fußsohlen bleiben fast stets frei. Größere Scheiben zeigen innerhalb eines heller roten Randsaums meist ein mehr bläuliches, livides Zentrum, das sehr selten einen bräunlichen Farbenton annimmt. Am 6. bis 8. Tage ist dies gewöhnlich in der geschilderten Reihenfolge auftretende Exanthem, das während seines Bestehens in seiner Stärke nicht selten wechselt, meist im Verschwinden begriffen oder schon ganz abgeklungen. Hierbei kann es an manchen Stellen follikuläre, also den Haartaschen entsprechende Stippchen mehr oder weniger deutlich zeigen, z. B. im Gesäß oder den Streckseiten der Arme. Nach seinem Rückgang hinterläßt es weder eine nennenswerte Gelbfärbung oder Pigmentierung, noch eine deutliche Schuppung; nur bei Kindern mit Seborrhoe oder rauher Haut (leichter Ichthyosis) sah Verf. geringe Schuppung, z. B. auch an der Stirn. Am 6. bis 10. Tage, selten noch später, kann das Erythem sowohl im Gesicht wie an den Extremitäten, und zwar in der Umgebung der Ellbogen und des Handgelenks, seltener an den Knien, Unterschenkeln und dem Gesäß, noch einmal aufflammen und hierbei seinen großfleckigen (scheibenförmigen) und ring- und gitterartigen Charakter nochmals in schönster Weise enthüllen, so daß man auch jetzt noch die Diagnose gut stellen kann. Diese Erscheinung ist aber nicht als ein Rezidiv anzusehen, die beruht vielmehr auf einer Schwäche und Labilität des, wie die

histologische Untersuchung zeigt, stark geschädigten oberflächlichen (subpapillären) Gefäßnetzes. Das ergibt sich auch daraus, daß die Patienten dies rückfällige Erythem oft erst zeigen, wenn sie aus kalter Luft in einen warmen (geheizten) Raum eintreten oder wenn man vorsichtig die betreffenden Stellen reibt oder streicht. Auch die Haut der Lider kann bei gleichzeitiger Konjunktivitis befallen sein. Während das Exanthem so charakteristische Erscheinungen macht, läßt sich dies von den Erscheinungen an den Schleimhäuten nicht sagen. Nicht selten besteht etwas Schnupfen, und häufig sind die Rachenorgane etwas gerötet; doch ist diese Rötung nicht besonders scharf begrenzt, und Ring- oder Gitterzeichnung hat Verf. am Gaumen nie mit völliger Sicherheit feststellen können. Koplіksche Flecke oder Himbeerzunge fehlen stets. In einem Falle sah Verf. zu Beginn eine Angina lacunaris, wie sie auch Feer erwähnt, ein andermal bei einem sehr schwächlichen 3jährigen Kinde eine leichte Bronchitis. Eine Konjunktivitis ist besonders am unteren Lide häufig vorhanden, sie ähnelt der bei Masern vorkommenden und besteht in gleichmäßiger Schwellung und Rötung der Bindehaut ohne Vortreten der Follikel; seltener ist auch die Konjunktiva des oberen Lides betroffen, nur ausnahmsweise auch die Conjunctiva bulbi ein wenig injiziert. Die Submaxillar-, Zervikal- und Axillardrüsen sind nicht selten etwas geschwollen; eine nennenswerte Vergrößerung der Nackendrüsen, wie bei Röteln, ist nicht nachweisbar. Fieber ist fast nie vorhanden, ganz leichte Temperatursteigerung auf 37,5—38° am Abend des 1. Krankheitstages nicht selten. Die meisten Kinder äußern keine Klagen, andere zeigen etwas Müdigkeit, Unruhe, gestörten Schlaf, leichte Schluckbeschwerden. Im Urin, der stets sorgfältig untersucht wurde, fand sich nur einmal — zugleich mit der bereits angeführten Bronchitis — bei einem recht schwächlichen 3jährigen Kinde vorübergehend ein wenig Eiweiß, sonst war und blieb er stets frei von abnormen Bestandteilen; auch die Diazoreaktion war negativ. Im Blut wurde eine Leukopenie vermißt; die Zahl der Leukozyten war vielmehr gewöhnlich 6000—7200; eine relative Eosinophilie (7—9%) und Lymphozytose (35—37%) wurde in mehreren Fällen festgestellt, während in anderen die Auszählung mehr der Norm entsprechende Befunde ergab. Betroffen wurden in der weitaus größten Mehrzahl Schulkinder im Alter von 6 bis 14 Jahren, seltener jüngere von 2—5 und ältere bis zu 18 Jahren. Daß die Erkrankung auch auf noch jüngere Kinder und Erwachsene übertragen werden kann, geht aus Beobachtungen in der Literatur (Feer, Tobler) hervor. Bezüglich der Inkubationszeit, die auf 7—14 Tage angegeben wird, wurden abweichende Beobachtungen nicht gemacht. Für direkte Ansteckung spricht, daß in einzelnen Schulklassen und Häusern gehäufte Fälle festgestellt werden konnten. Gleichzeitige Pediculosis capitis wurde manchmal, doch nur in einem Teil der Fälle gefunden. Die Ansteckungsfähigkeit und Empfänglichkeit ist aber nicht so groß, daß oft alle oder viele Kinder in einer Familie erkranken. Für die Differentialdiagnose ist vor allem die genaue Kenntnis des Hautausschlags wichtig, dessen charakteristische Form, Ausbreitung und Aufeinanderfolge dem Kundigen die Unter-

scheidung von anderen Infektionskrankheiten (Scharlach, Masern, Röteln, Syphilis), toxischen Erythemen (Arznei- und Serumexanthemen) sowie verschiedenen Dermatosen (Erythema multiforme, Urtikaria) fast immer ermöglicht.

Von Scharlach und Masern unterscheiden sich die Großflecken schon durch das Fehlen von Allgemeinerscheinungen sowie der charakteristischen Schleimhautveränderungen (Himbeerzunge, Streptokokkenangina einerseits, erhebliche katarrhalische Erkrankung und Koplikscbe Flecke andererseits), ferner aber durch die eigenartige Konfluenz im Gesicht und an den Streckseiten der Extremitäten und die Scheiben- und Ringformen. Schwieriger ist die Differentialdiagnose den Röteln gegenüber, zumal da Epidemien beider nebeneinander nicht selten beobachtet werden. Beiden Erkrankungen gemeinsam ist die geringe Störung des Allgemeinbefindens; bei Röteln aber fehlt das starke, schmetterlingsartige, scharf begrenzte Erythem im Gesicht, ferner der großfleckige Ausschlag an den Extremitäten mit der Ring- und Gitterbildung, endlich dauert das Exanthem bei Großflecken länger, flammt noch am 6. bis 10. Tag nicht selten wieder auf; dagegen ist die charakteristische Schwellung der Nackendrüsen, die aber nur beim Fehlen von Pediculi capitis verwertbar ist, nur den Röteln eigen. Die im Blut vom Verf. ab und zu gefundene leichte Lymphozytose und Eosinophilie ist erst näher zu prüfen, ehe sie diagnostisch verwertbar erscheint. Eine Verwechslung mit Syphilis ist bei einiger Aufmerksamkeit nicht gut denkbar. Auch toxische Erytheme werden sich bei sorgfältiger Prüfung wohl stets gut unterscheiden lassen, obwohl manche von ihnen auch annuläre Formen bilden, wie z. B. Jod; im Zweifelsfall wird genaue Befragung und Prüfung des Urins die Entscheidung bringen. Für das Serumexanthem gilt ähnliches; schon der Ausgang von der Injektionsstelle, die mehr nesselartige Beschaffenheit und das Auftreten von Ödem, Fieber und Allgemeinstörungen erleichtert hier die Entscheidung. Dem Erythema exsudativum multiforme Hebras gegenüber bestehen ebenfalls wichtige Unterscheidungsmerkmale. Diese Dermatose, welche gewöhnlich auch fieberlos verläuft und mitunter an eine leichte Angina oder Rachenentzündung sich anschließt, beginnt fast immer mit scheibenförmigen Effloreszenzen an den Handrücken und Streckseiten der Arme oder Beine, während das Gesicht nicht oder erst später beteiligt wird. Die Entzündung an den einzelnen Scheiben ist intensiver und eine Exsudation in Form leichter Abhebung der Epidermis (grau-opake Färbung im Zentrum) oder Blasenbildung (Erythema bullosum oder Herpes iris bei randständigem Bläschenkranz) meist vorhanden. Dem entspricht auch die längere Dauer der Einzeleffloreszenzen und das lebhaftere Jucken und Brennen. Auch ist eine so feine Ring- und Gitterbildung und eine so starke Konfluenz, wie z. B. an den Oberarmen, nur den Großflecken eigen, während Erosionen und Blasen an der Mundschleimhaut, wie sie bei Erythema multiforme vorkommen, stets fehlen. Schwieriger kann anfangs die Abtrennung von manchen Formen von Urticaria rubra sich gestalten; wenigstens sah Verf. einige Fälle, in denen zunächst eine sichere Entscheidung nicht mög-

lich war. Das stärkere Jucken und Brennen, die größere Flüchtigkeit der Nesseln, das Fehlen der feinen Ring- und Gitterbildung, die stärkere Beteiligung des Rumpfes gegenüber den Extremitäten, der unregelmäßigere Verlauf des Exanthems und das Ausbleiben des Aufflammens der charakteristischen Formen im Gesicht und an den Armen und Beinen wird die Abtrennung erythematöser Nesselausschläge aber bei weiterer Beobachtung ermöglichen. Von den scheibenförmigen, roten Flecken der Pityriasis rosea unterscheiden sich die Großflecken durch das Fehlen der Schuppung beträchtlich.

Grätzer.

Adolf Baginsky, Beitrag zur Kenntnis der Ruhr im kindlichen Alter (unter besonderer Berücksichtigung während der Kriegszeit beobachteter Krankenfälle). (Aus dem Städt. Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin.) (M. Kl. 1916. Nr. 46.) Verf. ist nicht imstande, den Ruhrerkrankungen der letzten 2 Jahre in Berlin Besonderheiten und auffällige Vorkommnisse unterzulegen; auch nicht nach der epidemiologischen Seite hin, soweit wenigstens seine Krankenhauserfahrungen für dieselbe Berücksichtigung verdienen, und man könnte sich damit vollkommen beruhigen, wären nicht gerade in der ganz jüngsten Periode einige Beobachtungen vorgekommen, die imstande sind, die Aufmerksamkeit wachzurufen, und deren Erwähnung doch zweckmäßig erscheint. Es handelt sich um eine gewisse Häufung von schweren Erkrankungsformen, dabei mit 3 Todesfällen aus derselben Familie, und um überaus und ungewohnt schwere Verwüstungen des Darmtrakts bei noch anderen zwei tödlich verlaufenen Fällen. Auch diese Fälle fallen nicht gerade aus dem Rahmen der sonstigen Erlebnisse, indes muß zugestanden werden, daß sie immerhin, ebenso dem klinischen Verlaufe nach, wie auch nach den Post-mortem-Befunden, nicht zu den alltäglichen Vorkommnissen gehören. Die etwas ungewohnte Zahl von Erkrankungsfällen zeigte sich von Ende des Monats August bis Ende September: zur Aufnahme kamen, abgesehen von den sonst üblichen leichteren, in das Gebiet der einfachen sommerlichen diarrhoischen Säuglingserkrankungen und einigen ebenso einfachen diarrhoischen Erkrankungen auch älterer Kinder, die Verf. ausschaltet, acht Fälle sofort als Ruhrerkrankungen angesprochener oder aus dem Verlaufe als solche erkannter, ziemlich oder recht schwerer Erkrankungen. Dieselben standen in den Altersstufen von 1, 2, $2^1/_2$, 3, 4, $5^1/_2$ und 10 Jahren und zeichneten sich dadurch aus, daß die Krankheit zumeist mit schweren, zum Teil von nervösen Zufällen (Krämpfen und Bewußtlosigkeit) begleiteten dyspeptischen Störungen, Erbrechen und Durchfall, einsetzten; die Prostration der Kinder war erheblich, und einzelne verblieben in dem eigenartigen komatösen Zustande, in welchem sie eingebracht waren, bis zu dem tödlichen Ausgange. Wo die Krankheit sich zur Genesung gestaltete, sah man die anfängliche mittlere Fiebertemperatur (Temperaturen bis 39° C) in überaus unregelmäßiger, zackiger Kurve, mit nicht unerheblichen Sprüngen abklingen, während die rasch zum Tode führenden Erkrankungen in ebenso unregelmäßigen Schwankungen zwischen hohen Fiebertemperaturen (bis 39,5 und 40° C) und Kollapssenkungen (36° C)

sich bewegten. Das Ganze ein häßliches, unregelmäßiges, schwer kontrollierbares und ungewohntes klinisches Krankheitsbild. Die Entleerungen der Kinder waren auf der Höhe der Erkrankung eigentlich kontinuierlich, bräunlich, blutig-schleimig, oder auch ganz blutig mit fetzenartigen Beimischungen und erfolgten aus der lähmungsartig geöffneten Analöffnung, aus welcher die blutig-schmierig aussehende Analschleimhaut sich hervordrängte. Der Leib dabei eingesunken und nur allenfalls zeitweilig etwas hervorgewölbt und auf Berührung schmerzhaft; die sensoriell benommenen, aber tief komatösen Kinder zeigten auf Druck keine Schmerzempfindlichkeit. Die Zunge trocken, Lippen trocken; brennender Durst. Komplizierende Symptome an den anderen inneren Organen kaum zu konstatieren, die Atmung oberflächlich, 40—50 in der Minute. Der Puls elend, die Zahl rapid, bis kaum zählbar (über 150). Der Tod erfolgte bei diesen Kindern unter allmählichem Versinken der Kräfte in tiefster Apathie, bei tief eingesunkenen Augen, verfallenem, tief leidendem Aussehen und leichenartiger Farbe in den letzten Stunden des Lebens, nachdem die Extremitäten längst trotz allen Erwärmungs- und analeptischen Hilfen bleich, blutleer und eiskalt waren und blieben. — Die Sektion bestätigte das klinisch als Dysenterie angesprochene und unzweifelhafte Krankheitsbild durch geradezu erschreckende Verwüstungen, die der Intestinaltrakt aufwies. — Von den einfachen follikulären Schwellungen und Injektionen der Dünndarmschleimhaut in den mittleren Partien des Ileums sah man abwärtsgehend eine immer erheblicher werdende Schwellung und Injektion der Schleimhaut, von welcher sich die Peyerschen Haufen sowohl wie die solitären Follikel stark hervortretend heraushoben; oberhalb der Valvula Bauhini war die geschwollene, verdickte Schleimhaut von einem Kranz grauer Follikelhaufen umgeben; weiter abwärts im Colon fand man das ganze Darmrohr entlang die Schleimhaut in fast unförmiger Weise geschwollen, hier und da mit einem feineren oder gröberen, schmierigen oder membranartigen grauen Belag und vereinzelt auch flache, kleine geschwürähnliche Defekte. Die Mesenterialdrüsen bis Hasel- und selbst Walnußgröße geschwollen, von grauem, markigem Aussehen. Bei einem der Fälle, einem 10jährigen Knaben, der nach augenscheinlich etwas länger dauernder Erkrankung (seit 14 Tagen Diarrhöen, seit 2 Tagen blutige Stuhlgänge) ins Krankenhaus in tief apathischem, fast moribundem Zustand eingebracht war, lautet der Sektionsbefund wörtlich: „Magenschleimhaut stark verdickt mit mächtigen Falten, mäßig blutreich; ebenso die Dünndarmschleimhaut. Von der Bauhinischen Klappe an sieht man die Dickdarmschleimhaut von schiefrigem, grünlichem und blutigem Aussehen; je weiter abwärts, desto mehr mit mächtigen pseudomembranösen Fetzen bedeckt, welche förmlich röhrenartige Gebilde darstellen. Das Ganze bis abwärts zum Anus ist eine schlaffe, weite, nekrotisch aussehende Rohrmasse mit flachen, weitverbreiteten Geschwürsflächen." Ähnlich sind die Befunde bei den anderen Fällen.

Wenn man nun diesen klinisch und pathologisch-anatomisch als Dysenterie festgelegten Fällen, von denen drei, wie oben erwähnt, in einer Familie vorkamen und tödlich endeten, die bakteriologischen

Befunde gegenüberstellt, so wird man von der Unstimmigkeit derselben in geradezu frappanter Weise überrascht. — Bei einem der Fälle ein atypischer Gärtner-ähnlicher Bazillus; bei sechs der Fälle keine Dysenteriebazillen —; bei dem letzten der Fälle mit schwer blutigen Stühlen und allerdings noch in einem komplizierenden anderweitigen anatomischen Befund konnten aus dem der frischen Leiche entnommenen Herzblut nur Bakterien unbestimmter Art (Staphylokokken) nachgewiesen werden.

Diese bakteriologischen Ergebnisse sind zunächst um so weniger dazu angetan, unsere klinischen Erwartungen an die Laboratoriumdiagnose zu knüpfen, je sicherer die klinische Diagnose sich aufdrängt. Es wird weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben müssen, aufzuklären, wodurch der rapide Ausfall der bakteriologischen Befunde gerade bei diesen allerschwersten Ruhrerkrankungen bedingt wird. Jedenfalls wird der negative Bakterienbefund nicht als maßgebend für die klinische Diagnose sein dürfen, vielleicht ebensowenig wie die oben geschilderten schwankenden Ergebnisse über die einzelnen Bakterientypen dazu führen dürften, die Erkrankungsformen nach besonderen Typen einzuteilen. — Klinisch haben wir es unzweifelhaft mit einheitlichen, zum mindesten gleichartigen Krankheitsformen zu tun, deren infektiöser Charakter und deren Bedrohlichkeit auch für das kindliche Leben feststeht.

Zum Glück sind aber die schwersten Formen eben doch ungewöhnlich und Seltenheiten, und wie man sieht, ist auch die epidemische Verbreitung der Krankheit bei einiger Vorsicht wohl vermeidbar; denn seither ist von neuen Erkrankungen nichts zugegangen, was wohl doch darauf hinweist, daß die Krankheit im Berliner Weichbilde keine Verbreitung genommen hat. — Inwieweit, und ob überhaupt die Krankheiten zu Dysenterieerkrankungen der Krieger in Beziehung stehen können, ist nicht zu eruieren gewesen. Einschleppungen waren anamnestisch nicht nachzuweisen, und bei dem Fehlen positiver bakteriologischer Befunde ist auch ein Vergleich mit Infektionskeimen der Kriegsruhrfälle nicht zu machen. Unwillkürlich freilich erinnerten die anatomischen Befunde an die lang zurückliegenden, aus dem 70er französischen Kriege, während sie sonst nur, in gleicher Schwere und Ausdehnung, in Berlin kaum je vorgekommen sind. Grätzer.

Riedel (Jena), Über aseptisches Fieber nach Bluterguß in die Bauchhöhle. (Zbl. f. Chir. 1916. Nr. 33.) Verf. schreibt:

„Ein 11 Tage altes Kind, das von Ernst wegen Atresia duodeni congenita mit Duodeno-Enteroanastomose behandelt war, fieberte einige Tage, ebenso ein 7tägiges, das von Fockens wegen Verschlusses des Dünndarms in gleicher Weise operiert war; bei letzterem stieg die Temperatur am Tage nach der Operation sogar auf 41°; sie fiel danach aber rasch und wurde schnell normal; beide Kinder genasen. Ernst hält dieses Fieber für die Folge einer Infektion.

Wenn die Bauchhöhle eines kleinen Kindes so infiziert wird, daß Fieber bis 41° entsteht, so dürfte das Kind verloren sein, nicht in wenigen Tagen normale Temperatur haben und gesund werden.

Es fragt sich, ob nicht Erfahrungen vorliegen, welche das Fieber der Kinder in anderer Weise erklären; solche Erfahrungen habe ich wenigstens bei Erwachsenen gemacht:

1. Ida Freudenberg, 25, operiert 16. II. 1906. Das Mädchen ist vor 3 Wochen in der Gynäkologischen Klinik nach Alexander-Adam operiert, in letzter Zeit von der Vagina aus sehr energisch massiert worden. Vorgestern abend Erbrechen bei 39,4° Temperatur, Schmerzen im Leibe. Mit der Diagnose „Appendizitis“ der Chirurgischen Klinik überwiesen. Morgens 40° Temperatur und 140 Puls, kein Erbrechen mehr. Unsicherer Befund. Inzision ergibt gesunde Appendix, aber Serum und zwei Fibringerinnsel, das eine von etwa $2^1/_2$ cm Länge, $1^1/_2$ cm Breite und 1 cm Dicke, im kleinen Becken gelegen.

Sie werden entfernt, worauf das Fieber sofort verschwindet. 11. III. geheilt entlassen.

2. Martha Kroll, 22, operiert 22. VI. 1908. Als akut entstandene Appendizitis der Klinik überwiesen mit 38,3° und 112. Unsicherer Befund rechts unten, keine Bauchdeckenspannung, Wechselschnitt ergibt Appendix frei. Ziemlich viel sanguinolente Flüssigkeit im Bauche. Rechtes Ovarium enthält viele erbsengroße Zysten, dazu eine über haselnußgroße, geplatzte Corpus-luteum-Zyste. Beständige Blutung aus der Perforationsstelle. Zyste exstirpiert. Blutung steht nicht, Katgutfaden schneiden überall durch. Entfernung des ganzen Ovariums und der Appendix. Sofortiger Fieberabfall. Ungestörter Verlauf. 17. VII. geheilt entlassen.

3. Hugo Weich, 25, operiert 27. VIII. 1908. Vor 4 Tagen 4 m herabgestürzt auf Kopf und Bauch, sofort Leibschmerzen. Bauch treibt sich auf, seit 3 Tagen kein Abgang von Winden mehr. 2 Tage abwartend behandelt; weil aber heute morgen 38,4° Temperatur gemessen wird bei 120 Pulsschlägen, Pat. außerordentlich stark klagt, nicht mehr atmen kann, wird in der Mittellinie eingeschnitten, da schwere Kontusion des Darms vorzuliegen scheint, die eventuell zu Gangrän führen kann.

Befund: Sehr viel blutiges Serum im Bauche, Darmschlingen gerötet, prall gespannt, eine mit Fibrin bedeckt; Dickdarm extrem gedehnt. Naht der Bauchdeckenwunde wegen des starken Meteorismus unmöglich, deswegen wiederholt derbes Rohr in den Anus eingeführt, Luft und Kot entleert, bis Naht möglich ist.

Am nächsten Tage 37,0° und 80, Pat. entleert noch mehr Kot; weiterhin Erbrechen, so daß der Magen zweimal pro die bis 31. VIII. ausgespült und von schwarzen Massen (Blut) befreit werden muß. Geheilt entlassen, aber 10. XII. 1908 mit deutlicher Kyphose wieder aufgenommen.

Der reinste Fall ist vorangestellt. Hohes Fieber lediglich infolge eines geringfügigen Blutergusses in die Bauchhöhle nach unvernünftiger Massage seitens einer Hebammenschülerin. Die im kleinen Becken gelegenen Organe besichtigt und als durchaus gesund befunden.

Ebenso beweisend dürfte Fall 2 sein; auch hier sofortiger Erfolg der Operation. Kompliziert ist dagegen Fall 3, so daß man das Fieber nicht ausschließlich auf den Bluterguß in die Bauchhöhle zurückführen kann. Wahrscheinlich Blutungen in die Magenschleim-

haut, schwere Schädigung der Wirbelsäule, die zunächst trotz vierwöchigen Aufenthaltes in der Klinik gar nicht bemerkt wurde; sie kam später als Kümmellsche Krankheit zum Vorschein; die Hauptursache des Fiebers wird aber doch der Bluterguß in die Bauchhöhle gewesen sein.

Für gewöhnlich sind Blutergüsse in die Bauchhöhle Folgen sehr schwerer Gewalteinwirkungen; meist rascher Kollaps, so daß es gar nicht zur Temperaturerhöhung kommen kann; oft genug führt ja auch die Verletzung, falls nicht rasch eingegriffen wird, bald zum Tode. Unser Pat. hielt sich mehrere Tage, der Organismus hatte Zeit, mit Fieber auf den Bluterguß zu reagieren.

Ein glücklicher Zufall hat mir die drei Kranken in die Hände gespielt; ohne sie, besonders ohne die beiden ersten, würde ich auch nicht wissen, daß ganz geringfügige Blutungen in die Bauchhöhle Fieber verursachen können.

Fall 1 hat aber noch seine Besonderheit. Nach der forcierten Massage 3 Tage vor der Operation = 39,4°. Diese Temperatur kann man mit Rücksicht auf Fall 2 als Folge des Blutergusses betrachten. Als ich aber die Kranke 2 Tage später bei 40° und 140 Pulsen operierte, fand sich nur Serum neben den beiden Fibringerinnseln im Bauche; sobald diese entfernt waren, verschwand das Fieber; sie müssen also doch schuld an demselben gewesen sein.

Es liegt ein typischer Fall von aseptischem Serumerguß um einen Fremdkörper vor, wie er um jedes Corpus alienum erfolgen kann, gleichgültig, ob letzteres in einem Gelenke oder in einer Gallenblase steckt; noch kürzlich sah ich solche Anfälle von aseptischer Gallensteinkolik mit 39,5° Temperatur. Eine gewisse Prädisposition word wohl dazu gehören.

Kleine Kinder, besonders Säuglinge, fiebern bekanntlich sehr leicht. Werden sie länger dauernden Operationen in der Bauchhöhle ausgesetzt, so wird Blut in letztere hineinfließen; sie können fiebern infolge dieses Blutergusses wie der restierenden Fibringerinnsel; ich sollte denken, daß dadurch das kurzdauernde Fieber der operierten beiden Kinder besser erklärt wird als durch Infektion."

Grätzer.

Momm, Hat die eiweiß- und fettarme Nahrung einen Einfluß auf die Entwicklung der Frucht? (Aus der Universitäts-Frauenklinik Freiburg i. Br.) (Zbl. f. Gyn. 1916. Nr. 28.) Zweifelsohne besteht jetzt in einem großen Teile der ärmeren Bevölkerung eine Unterernährung, und zudem ist die Zusammensetzung der täglichen Nahrung eine ganz andere geworden. Die Eiweißzufuhr ist ganz außerordentlich herabgesetzt, da Fleisch infolge des hohen Preises und der Einführung der Fleischkarte nur in ganz geringem Maße verzehrt wird. Ganz dasselbe gilt für Fett. Jedenfalls darf man wohl sagen, daß besonders die ärmere Bevölkerung eine sehr eiweiß- und fettarme Nahrung zu sich nimmt und daß der Fettansatz bei ärmeren Frauen schwindet. Wenn auch Prochownick eine ganz andere Diät empfiehlt und dadurch die Entwicklung des Föten zu beeinflussen hoffte, so ist doch die Prochownickkur bei fetten Frauen eine wirkliche Entfettungskur, wodurch er beim Föten



einen Fettansatz zu verhindern und ein weniger schweres Kind zu erzielen glaubt.

Es ist nun interessant, festzustellen, ob die jetzige, gegen früher ganz anders zusammengesetzte, sehr eiweiß- und fettarme und oft ungenügende Kriegsnahrung einen Einfluß auf die Entwicklung des Kindes hat.

Verf. hat die Durchschnittsgeburtsgewichte der Kinder, die in der Klinik geboren wurden, für jeden Monat von 1912, in welchem Jahre es gerade allen Bevölkerungsschichten in Baden wirtschaftlich sehr gut ging, und der Kriegsjahre 1915 und 1916 berechnet und folgende Tabelle aufstellen können:

	1912	1915	1916
Januar	3080	3238	3271
Februar	3111	3166	3184
März	3198	3132	3136
April	3197	3211	3197
Mai	3159	3047	3188
Juni	3162	3176	3157
Juli	3118	3269	
August	3237	3217	
September . . .	3174	3155	
Oktober	3117	3162	
November . . .	3187	3245	
Dezember . . .	3201	3157	

Bemerken möchte Verf., daß bei der Berechnung nur die Kinder von ärmeren Frauen, nämlich der 3. und 4. Klasse, herangezogen worden sind. Ferner sind nur Kinder von 2000 g und mehr Geburtsgewicht berücksichtigt worden, damit nicht Frühgeburten mit leichtem Gewicht die Durchschnittszahl einseitig beeinflussen. Auf Befragen gaben die Frauen durchweg an, daß sie besonders in den letzten Monaten nur selten Fleisch und Fett zu sich genommen hätten, und viele erklärten aus sich selbst heraus, daß sie an Gewicht abgenommen hätten. Trotzdem sehen wir gar keinen Einfluß auf das Geburtsgewicht der Kinder, und Verf. glaubt deshalb, nach dem Gesetz der großen Zahlen — es handelt sich für jedes Jahr um etwas mehr als 1000 Kinder — sagen zu dürfen, daß die jetzige eiweiß- und fettarme Nahrung keinen Einfluß auf die Ausbildung der Frucht hat und daß eine Unterernährung der Mutter nicht eine Abnahme des Geburtsgewichtes der Kinder zur Folge hat. Die Ansicht, daß überhaupt die Frucht nicht durch die mütterliche Nahrung zu beeinflussen ist, wird durch diese Feststellungen in hohem Maße gestützt.

Grätzer.

Alfred Lichtwitz (Guben), Die Durchbruchszeit der ersten Milchzähne. (Fortschr. d. Med. 1916. Nr. 33.) Durch verschiedene Fälle war Verf. auf die Unrichtigkeit der bisher anerkannten Daten aufmerksam geworden, so daß er die Gelegenheit seiner nebenamtlichen Tätigkeit als Schulzahnarzt benutzte, um an einer Reihe von Kindern die betreffenden Zahlen zu erhalten. Die dabei erhaltenen Ergebnisse, soweit sie sich auf den Durchbruch des ersten Zahnes beziehen, seien im folgenden mitgeteilt.

Die Statistik umfaßt 270 Kinder, die ohne jede Auswahl, einfach in der Reihenfolge ihres Erscheinens, notiert wurden.

Der Durchbruch des ersten Zahnes erfolgt	im	5. Monat	bei	8 Kindern
„ „ „ „ „	„	6. „	„	15 „
„ „ „ „ „	„	7. „	„	53 „
„ „ „ „ „	„	8. „	„	3 „
„ „ „ „ „	„	9. „	„	81 „
„ „ „ „ „	„	10. „	„	34 „
„ „ „ „ „	„	11. „	„	27 „
„ „ „ „ „	„	12. „	„	2 „
„ „ „ „ „	mit	1 Jahre	„	32 „
„ „ „ „ „	„	$1^1/_4$ „	„	15 „

Bei diesen 270 Kindern erfolgte also der erste Zahndurchbruch vom 5. Monate an bis zum 16. Monat, das Mittel muß also aus diesen 12 Monaten genommen werden. Wir finden die folgenden Zahlen:

im 5.— 8.	Monat	79 Kinder
„ 9.—12.	„	144 „
„ 13.—16.	„	47 „

Da im 12. Monat nur 2 Kinder sind, kann dieser wohl fortgelassen werden, so daß sich als Durchschnittszeit für den Durchbruch des ersten Zahnes ergibt: der 9. bis 11. Monat.

Der Schwächen seiner Statistik ist sich Verf. wohl bewußt. Erstens ist die Zahl der betreffenden Kinder eine sehr geringe, so daß schon dadurch Fehlerquellen nicht auszuschließen wären. Dann aber, und dies dürfte noch wichtiger sein, hat Verf. seine Feststellungen nur durch Befragen der Mütter der betreffenden Kinder treffen können, wobei freilich nur ganz bestimmte Bekundungen notiert wurden, während alle unsicheren Angaben fortgelassen worden sind. Dadurch wurde die Zahl der statistisch verwertbaren Kinder auf 270 herabgedrückt. Wenn nun auch im allgemeinen gerade über diesen Punkt eine Mutter auch noch längere Zeit später, es handelt sich um Kinder von meistens 6 bis zu 9 Jahren, ungefähr 50 unter 6 Jahren, eine genaue Erinnerung zu haben pflegt, sei doch das Unsichere einer derartigen Feststellung zugegeben.

Trotzdem dürfte die Mitteilung der Ergebnisse von Interesse und angebracht sein, da ja eine richtige Klärung dieser ganzen Frage gar nicht im Bereiche von Zahnärzten, sondern nur im Bereiche von Kinderärzten bzw. Instituten, welche die Säuglinge und Kinder selbst in genügender Zahl beobachten können, liegt. Diese mögen veranlaßt sein, eingehende Untersuchungen anzustellen, um diese Frage, die ja möglicherweise auch gegen frühere Zeiten eine Änderung erfahren hat, zu klären und uns genaue Angaben und genaue zuverlässige Zahlen zu bringen, an denen es uns heute eben noch mangelt. Grätzer.

H. Fabritius, Ein Fall von rechtsseitiger sogenannter sklerotischer Atrophie des Gehirns. (Arb. a. d. Pathol. Instit. der Univ. Helsingfors [Homén] I. 1913. H. 1 u. 2.) Im Alter von 1 Jahr erkrankte die Patientin, die sich bis dahin anscheinend normal entwickelt hatte, ganz plötzlich an einem schweren Krampfanfall, der sich einige Monate später wiederholte und jetzt eine

linksseitige Lähmung zurückließ. Diese besserte sich jedoch ganz bedeutend im Laufe der Jahre; auch die Anfälle wurden allmählich leichter, so daß Patientin im Alter von 10—12 Jahren eine Schule besuchen konnte und Lesen und Schreiben lernte. Die Sprache war angeblich auch intakt. Vom 13. bis 14. Jahre traten aber wieder epileptische Anfälle auf, die dann bis zum Ende des Lebens fortdauerten, ohne aber zahlreicher zu werden. Die Patientin soll monatlich etwa einen Anfall gehabt haben. Die linksseitige Bewegungsstörung, die, wie gesagt, bereits sehr stark zurückgegangen war, wurde allmählich wieder schlimmer, so daß Patientin etwa vom 40. Jahre an ganz bettlägerig wurde; gleichzeitig zunehmende Demenz. Tod im Alter von 53 Jahren an Pneumonie.

Sektion. Schädel sehr dick (1 cm, stellenweise 16—17 mm). Die rechte Großhirnhemisphäre bedeutend kleiner als die linke (Gewicht bzw. 290 g und 560 g, der sagittale Durchmesser rechts 14 cm, links 18 cm). Die Gyri beiderseits der Hauptsache nach von normaler Konfiguration, rechts bedeutend schmäler. Der rechte Lobus und Polus frontalis sind ganz besonders stark atrophisch. Die Konsistenz der rechten Hemisphäre ist im Frontal- und Temporalteil bedeutend fester als links. Die Pia ist leicht ödematös, löst sich leicht ab. Gesamtgewicht des Gehirns einschließlich des ersten Zervikalsegments 980 g. Die beiden Kleinhirnhemisphären gleich groß und schwer. In der Nähe des rechten Frontalpols wurden zwei fingerspitzengroße Tumoren gefunden, die durch lose Adhärenzen teils mit dem Gehirn, teils mit der Innenseite der Dura mater verbunden waren.

Mikroskopisch fand sich an den am stärksten atrophischen Partien der rechten Hemisphäre eine stellenweise sogar große Verminderung der Nervenzellen und besonders der oberflächlichen Rindenschichte. An diesen Stellen war auch eine Gliaproliferation zu sehen. In den übrigen Teilen der verkleinerten Hemisphäre lagen keine besonders großen Veränderungen vor. Eine Degeneration der Pyramidenbahn war nicht vorhanden. Allerdings war die rechte Pyramide etwas schmäler als die linke.

Klinisch also das typische Bild der zerebralen Kinderlähmung. Was die anatomische Seite des Falles betrifft, so glaubt Verf. nicht an ein einfaches reines Zurückbleiben im Wachstum der einen Hirnhemisphäre; es müssen noch gewisse pathologische Momente im Spiele sein, die uns aber noch unbekannt sind. Kurt Mendel.

Bernhard Jauert, Über die in den Jahren 1896—1913 zur Beobachtung gelangten Hirnabszesse in der Ohrenklinik des Kgl. Charité-Krankenhauses und der Universitäts-Ohrenklinik zu Berlin. (Inaug.-Diss., Berlin 1914.) Bericht über 76 Fälle von Hirnabszessen. Davon betrafen 28 das Kleinhirn, 48 den Temporallappen. Die Heilungsquote der ersteren betrug 6 = 37,8%, die der letzteren 21 = 56,7%. Alle nicht operierten Fälle endeten letal. Von den Kleinhirnabszessen waren 5 multipel (je 2 Abszesse), von den Temporallappenabszessen ebenfalls 5 (einmal 7, dreimal 3 und dreimal je 2 Abszesse). Zum Exitus gelangten ferner ausnahmslos alle mit Meningitis komplizierten Fälle: von Kleinhirnabszessen 33%, von Temporallappenabszessen 27,7%.

Die Verteilung der Fälle auf beide Geschlechter war annähernd gleich. Sehr häufig sind Fälle im Kindesalter. Bei diesen betrug bei beiden Abszeßarten der Heilungssatz 50%, die Gesamtzahl an den Kleinhirnabszessen 28%, an den Schläfenlappenabszessen 22%.

Die betreffenden Krankengeschichten werden im Auszuge angeführt. Kurt Boas.

A. Hellwig, Statistisches über den Kinobesuch durch Kinder. (Zschr. f. Kinderforsch. 19. 1914. Nr. 4. S. 223.) Verf. geißelt die auch von psychiatrischer Seite scharf bekämpfte zunehmende geistige Verseuchung unserer Schuljugend durch den Besuch von Kinematographentheatern. Aus den interessanten statistischen Daten des Verf.s hier nur einiges:

Von 47 Mädchen im Alter von 11 Jahren hatten nur zwei das Kinematographentheater überhaupt noch nicht besucht. In Jena besuchten von 1050 Kindern in 5 Wochen 524 Kinder das Kinematographentheater, in 1 Woche 287 Kinder.

Auffallen muß der starke Besuch der Kinematographentheater durch schwachbefähigte Kinder aus der Volksschule. Während der Durchschnitt in den Normalklassen nur 8% betrug, erreichte er in den Förderklassen mehr als 16%. Kurt Boas.

H. Géber, Favus bei Neugeborenen. (Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kolozsvár.) (Arch. f. Derm. u. Syph. 114. H. 1.) Verf. beobachtete morphologisch die verschiedenen Formen des Favus, die zweifellos von demselben Stamm verursacht wurden. Das Gewöhnliche war aber bei den Neugeborenen die herpetische Form, und nur seltener beobachtete Verf. das gewohnte Bild des Favus mit Skutulumbildung.

Die Therapie bestand in folgendem: Die Borken und Schuppen wurden mit 5%igem Salizylvaselin mit täglichem Bade entfernt. Wurde dieser Zweck erreicht, so wurden die erkrankten Hautpartien in leichteren Fällen einmal, in schwereren zweimal mit 1‰igem Jodbenzin abgerieben. Da aber nicht selten das Jod die zarte Haut der Säuglinge stärker reizte, so wurde versucht, die Wirkung des Jods mit einem Zinkpastaverband zu verhindern. In den meisten Fällen konnte dadurch, daß 10%iges Paraffinum liquidum zu dem Jodbenzin hinzugesetzt wurde, diese reizende Wirkung, die sehr unangenehm werden kann, ausgesetzt werden. Durch 2—3 Wochen durchgeführte Behandlung brachte sämtliche Fälle zur Heilung.

Kurt Boas.

B. Grünfelder, Die Beeinflussung der Magensaftsekretion durch Infektion und deren Folgen auf die Magendarmstörungen des Säuglings. (Aus dem Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin.) (Zschr. f. exper. Path. u. Ther. 16. 1914.) Durch akute Infektionen tritt eine Störung der Sekretion ein. Die Magensaftdrüsen werden in ihrer Funktion gestört. Die Störung beruht aber keinesfalls auf einer Veränderung in der Zusammensetzung des Drüsensekretes, sondern nur auf einer Verlangsamung der Sekretbildung. In dieser verzögerten Sekretbildung ist der Grund für die verlangsamte Strömungsgeschwindigkeit des Magensaftes zu suchen.

Darin allein ist die scheinbare Veränderung in der chemischen Zusammensetzung des Magensaftes während des Fiebers begründet.

Während der Höchsttemperaturen sehen wir im reinen Magensaft eine auffallende Verminderung des Gehaltes an freier HCl. Diese Schwankungen sind dadurch bedingt, daß wir, wie Pawlow sagt, „bei unserer Methodik den Saft nicht direkt aus den Labdrüsen erhalten; er fließt ja von ihnen ausgeschieden längs der von alkalischem Schleim bedeckten Magenwandung herab und wird hier unvermeidlich teilweise neutralisiert, d. h. in seiner Azidität vermindert. Es ist nun ein konstantes Faktum, daß die Azidität des Saftes und die Absonderungsgeschwindigkeit miteinander eng verbunden sind; je stärker die Sekretion, desto höher ist die Azidität und umgekehrt“.

Die Fermentproduktion ist aber resistenter.

Der Anlaß zu den Versuchen des Verf.s war die bekannte Tatsache, daß die meisten Säuglinge bei akuten Infektionen Magendarmstörungen bzw. Ernährungsstörungen erleiden. Die Tierexperimente des Verf.s haben einwandsfrei ergeben, daß die Infektion in bestimmter Weise schädigend auf die Magensaftsekretion einwirkt. Es erscheint dem Verf. nun nicht zu gewagt, seine Ergebnisse auf die kindliche Pathologie zu übertragen.

Somit würde also jede akute Infektion eine verlangsamte und verringerte Magensaftsekretion im Gefolge haben; und wenn wir dazu noch in Rechnung ziehen, daß normalerweise Milch sekretionshemmend auf die Magendrüsen wirkt, so ist es ohne weiteres einleuchtend, daß Infektionen einen besonders deutlichen Einfluß im schädigenden Sinne bei Säuglingen ausüben. Die auf dem geschädigten Sekretionsverlauf beruhende Verringerung des Säuregehaltes des Magens kann außerdem der Anstoß zu einer Änderung der normalen Verdauung sein. Schließlich kommt noch die Verringerung des Momentes der antiparasitären Wirkung der HCl dazu; denn die Magen-HCl soll ja auch noch im Duodenum antibazilläre Wirkung entfalten. Statt dessen werden noch die bis dahin durch das saure Medium zurückgehaltenen bakteriellen Elemente der Duodenalschleimhaut aufkeimen; denn der Übertritt pathogener Keime wird besonders dort möglich sein, wo wenig HCl vorhanden ist und wo viele Stoffe eingeführt werden, welche die HCl binden. Kurt Boas.

A. Kreidl und **E. Lenk,** Der Einfluß des Fettgehaltes der Milch auf die Labungsgeschwindigkeit. (Aus dem Physiolog. Institut der Universität in Wien.) (Biochem. Ztschr. 63. Nr. 2/3. S. 151.) Trotz gleicher Versuchsbedingungen schwankt die Labungszeit verschiedener Milchsorten ganz erheblich. Sie hängt im wesentlichen vom Fettgehalte der Milch ab. Eine Milch labt um so später, je fettreicher sie ist. Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Alfred Soucek, Über das Fleckfieber im Kindesalter. (Aus einem Fleckfieberspital der Quartiermeisterabteilung Nr. 1.) (W. m. W. 1916. Nr. 48.) Bei den verschiedensten Krankheiten sind wir meist einen leichteren Verlauf, einen günstigeren Ausgang

im Kindesalter zu sehen gewohnt. Der wachsende Organismus, das gesündere Herz und Gefäßsystem des Kindes reagieren anders krankhaften Prozessen gegenüber. Die schweren hämorrhagischen Exantheme, wie sie oft beim Fleckfieber der Erwachsenen, besonders bei vorgerückterem Alter, vorkommen, sieht man beim Kinde selten. Auch die Dauer des Ausschlages ist bei Kindern oft kurz; Verf. sah Exantheme flüchtig in 1—2 Tagen verschwinden, so wie er es früher öfter beim Scharlach beobachten konnte. Fleckfieber ohne Exanthem sah er auch bei Kindern niemals einwandfrei.

Den quälenden Kopfschmerz, die Benommenheit, die bei fleckfieberkranken Erwachsenen fast die Regel sind, findet man bei den Kindern ungleich seltener. Ebenso sind die schweren Herz- und Gefäßsymptome bei ihnen kaum jemals zu konstatieren. Als Folgeerscheinungen treten nach Fleckfieber bei den älteren Individuen alle möglichen direkten und indirekten Symptome ziemlich häufig auf: langdauernde Herzschwächen, Pulsbeschleunigung, Neuritis, dann Parotitis, Phlegmonen und heftige Schmerzen, besonders in den Tibien, alles meist von ziemlich langem Bestand und schlechter Beeinflußbarkeit; auch die Rekonvaleszenz dauert manchmal unverhältnismäßig lang. Anders ist dies beim Kinde: seltene Folgekrankheiten, kurze Rekonvaleszenz.

Zur Tuberkulose besteht beim Fleckfieber aller Lebensalter ein gleiches Verhalten wie bei den Masern. Lymphomata beginnen zu wachsen und einzuschmelzen, seröse Pleuritis tritt auf, latente Herde flackern auf.

In allen Lebensaltern findet man weiter erhöhte Reflexe, Fußklonus, Dermographismus, besonders am Ende der 2. Krankheitswoche und lange in der Rekonvaleszenz.

Bei einem 9jährigen Mädchen, das mit ziemlich undeutlichem Exanthem aufgenommen wurde, waren meningitische Symptome vorhanden: Nackensteifigkeit, verlangsamte Pupillenreaktion, Pulsarrhythmie, Dermographismus, erhöhte Reflexe und Kernig. Die Lumbalpunktion ergab kein Resultat für Meningitis. Der weitere Verlauf, die positive Weil-Felixsche Reaktion und die Bestätigung eines fleckfieberkundigen Arztes, der das Exanthem deutlich vor der Aufnahme gesehen hatte, erhärteten die Diagnose Fleckfieber. Das Kind genas rasch vollständig.

Das Kernigsche Phänomen konnte Verf. dann auch bei anderen, besonders jugendlichen Fleckfieberkranken noch öfters finden.

Eine erwähnenswerte Beobachtung ist weiter noch die in den verschiedenen Lebensaltern manchmal vorkommende, meist abendliche, mäßige Temperatursteigerung, die manchmal mehrere Abende nacheinander, manchmal nur an etwa einem Abend in der Woche in der Rekonvaleszenz auftritt und dem Rekonvaleszenten sich nur durch erhöhtes Wärmegefühl kundgibt. Die leichten Temperatursteigerungen konnte Verf. bei 3 Personen noch mehrere Monate nach dem Fleckfieber feststellen. Ob sie auf verborgener Tuberkulose, ob auf Schädigung des Wärmezentrums oder von Drüsen mit innerer Sekretion beruhen, konnte er klinisch nicht feststellen.

Unter 23 kindlichen Fleckfieberfällen in der Zeit vom 1. März bis 1. August 1916 hatte Verf. keinen Todesfall; unter 92 Fällen Fleckfieberkranker über 14 Jahren im selben Zeitraume 5 Todesfälle, davon 4 ältere Individuen über 40 Jahre und 1 Mädchen mit 15 Jahren, aber ausgesprochen lymphatischem Habitus.

Das Erkennen des Fleckfiebers im Kindesalter ist wichtig, da es der Ausgangspunkt schwerer Erkrankungen sein kann. Nicht erkannte, leicht verlaufende Fleckfieberfälle können durchziehende Truppen schwer gefährden und Veranlassung einer Infektionsverschleppung werden. Auch aus diesem Grunde muß sich die militärärztliche Tätigkeit weit über das rein Militärische hinaus auch auf die Zivilbevölkerung erstrecken, wodurch dann nicht nur eine edle, sondern auch sehr wichtige Forderung erfüllt wird. Grätzer.

N. P. Ernst (Däne), Atresia infrapapillaris duodeni congenita. Duodeno-Enteroanastomose. Heilung. (Aus dem St. Elisabeth-Krankenhaus.) (Hospitalstidende 1915. Nr. 43.) Es handelte sich um einen Knaben, der am 19. November 1914 geboren war. Die Geburt war normal, das Geburtsgewicht des Knaben war 4300 g. Er bekam Brustmilch, aber hatte explosives gallenfarbiges Erbrechen nach jeder Mahlzeit; die Diurese war sparsam, und der Stuhl bestand nur aus geringen Mengen von Mekonium. Im Verlaufe von 7 Tagen war der Gewichtsverlust 700 g. Da der Zustand trotz täglicher Magenspülung und versuchsweise anderer Ernährung unverändert blieb, und das Kind jetzt täglich 30 g an Gewicht verlor, wurde am 30. November in Äthernarkose Laparotomie vorgenommen. Bei der Plica duodenojejunalis fand man die Stenose, der Zwölffingerdarm war hier nur 8 mm dick. Es wurde Duodenoenteroanastomosis anterior antecolica vorgenommen. Die Operation dauerte $1^1/_4$ Stunden. Der Knabe war nicht sehr angegriffen. Kein Fieber nach der Operation. Wenige Stunden nach der Operation wurde ein dünnes Milchgemisch, 30 ccm, jede zweite Stunde dargereicht; nur einzelnes Erbrechen, am folgenden Tage verdaute Milch in dem Stuhl, nach 5 Tagen wurde das Kind entlassen, damit es bei der Mutter Brustmilch bekommen konnte. Nach 14 Tagen wurden die Nähte entfernt. Heilung per priman. Seitdem entwickelte das Kind sich normal. Mitte Oktober 1915 war das Gewicht des Kindes 11200 g. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

A. Bomret-Laborderie, Traitement par la paracentèse d'urgence de l'asphyxie „immédiate" des nouveau-nés syphilitiques atteints d'ascite. (Journ. de méd. de Paris. 1914. No. 3.) In der Mehrzahl der Fälle gehen hereditär-luetische Kinder an der akuten Asphyxie infolge des erhöhten Bauchdruckes zugrunde, der infolge von Ansammlung von Aszites und progressiver Hypertrophie der hauptsächlichsten Eingeweide, besonders Leber und Milz, eingetreten war. Es wird empfohlen, in solchen Fällen die spezifische Behandlung einzuleiten.

Verf. führt zum Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauungen einen Fall von Gaifami jun. kurz an, in dem ein asphyktisches Kind mit positiver Wa.-R. und starkem Aszites der spezifischen Behandlung (Kalomelinunktionen) unterzogen worden war. Die

Parazentese lieferte 600 ccm Aszites. Kein Rivalta, keine Gerinnung, 22% Eiweiß im Punktat. Es trat eine erhebliche Besserung ein. 20 Tage post partum starb das Kind, das ins Elternhaus zurückgekehrt war. Es mußte als absolut lebensfähig angesprochen werden.
Kurt Boas.

J. F. Mumson und **A. L. Shaw,** The pituiatry gland in epileptics. (Arch. of internal medicine. XIV. 1914. No. 3.) Bei Epileptikern ist die Hypophyse meist kleiner als im Durchschnitt. Seltener kommen Vergrößerungen derselben vor. Die Struktur war kaum nennenswert verändert. Dagegen fand sich häufig eine Vergrößerung der Sella turcica und Kleinheit der Schilddrüse.

Alles in allem lehnen die Verff. die Annahme, daß es sich bei der Epilepsie um eine Hypofunktion der Hypophysis handelt, als bisher nicht erwiesen ab. Kurt Boas.

M. B. Beals, Refraction of mentally defective children. (Journ. of Ophthalmology, Otology and Laryngology. Juni 1915.) Verf. stellte in 242 Fällen von geistig zurückgebliebenen Schulkindern Refraktionsuntersuchungen an. 177 wurden Brillen verordnet, und 123 hatten einen wesentlichen Nutzen davon. Die geistige Tätigkeit wurde lebhafter, in manchen Fällen war der Erfolg ein so erstaunlicher, daß die Kinder aus der Hilfsschulklasse genommen und in die entsprechende Normalklasse transferiert werden konnten. Es ist daher auf die Refraktionsuntersuchung von Kindern mit psychischen Defekten großer Wert zu legen. Kurt Boas.

G. Etienne, Vitiligo, épilepsie et hérédo-syphilis. (Gazette méd. de Paris. 1914. No. 257.) Verf. berichtet über einen 20jährigen Studenten mit Epilepsie und unvollständiger rechtsseitiger Hemiplegie mit Steigerung der Reflexe vermutlich auf luetischer Basis. Daneben bestand ein ausgedehnter Vitiligo. Die Wa.-R. im Blute war deutlich positiv. Es handelte sich also um eine Erkrankung auf dem Boden der hereditären Lues. Es ist dies therapeutisch sehr wichtig, da in solchen Fällen das Brom versagt, die spezifische Behandlung dagegen ausgezeichnete Resultate liefert. Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

III. Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz in Berlin, 30. Oktober 1916.

Vorsitzender: Kabinettsrat Kammerherr Dr. v. Behr-Pinnow.

Als erster Redner zu dem Thema **„Vorschläge für ein Kreisfürsorgegesetz,** sprach Kabinettsrat Dr. v. Behr-Pinnow (Berlin). Der Referent wies darauf hin, daß die Bestrebungen der sozialen Hygiene, namentlich auf dem Gebiete der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, sowie der Tuberkulosebekämpfung einen erheblichen Umfang gewonnen haben dank der Tätigkeit der Kommunen und Privaten, sowie durch deren gemeinsames Arbeiten, und schließlich infolge der Anregungen und Hilfen der Staatsregierung. Eine umfassende Durchführung, die besonders für die ländlichen Verhältnisse dringend nötig ist, läßt sich aber auf diesem freiwilligen Wege nicht erreichen. Es treten vielfach stärkere Hinderungsgründe, Mangel an Mitteln, weite Entfernungen u. a. in den Weg, so daß eine allgemeine Einführung ohne staatlichen Zwang und staatliche Unterstützung

nicht zu erhoffen ist. Darum wird der Erlaß eines Kreisfürsorgegesetzes vorgeschlagen, das die Einrichtung eines Kreisfürsorgeamtes vorschreibt. Dieses Amt soll unter Leitung eines Kreisfürsorgearztes stehen und nur sozialhygienische Arbeiten betreiben, die private und sonstige Kräfte nicht ausführen können. Es soll anregen, zusammenfassen, beaufsichtigen und unterstützen. Neben den obligatorischen Aufgaben der Säuglings- und Tuberkulosenfürsorge ist noch unbedingt die Wohnungsfürsorge zu betreiben. Für die Durchführung der sozialhygienischen Arbeiten ist die Ausbildung und Heranziehung von geeigneten weiblichen Kräften von größter Bedeutung. Wir bedürfen der Kriegsfürsorgerinnen, die nicht örtliche Krankenpflege und ähnliche Aufgaben zu übernehmen haben, sondern Gesundheitspflege treiben sollen, im negativen Sinne Abwehr von Erkrankungen und sonstigen gesundheitlichen Schädigungen, im positiven Anleitung zum vernunfsgemäßen Leben in Ernährung und Körperpflege, Bekleidung und Behausung usw. Zu solchen Stellungen werden nur besonders geeignete Persönlichkeiten mit staatlichem Krankenpflegerinnenexamen in einem mindestens einjährigen Kursus ausgebildet werden können. Wenn die Fürsorgerinnen eine Zeitlang in der Praxis gearbeitet haben, werden besonders Befähigte von ihnen zu einem weiteren Kursus zugelassen werden können, in dem sogenannte Kreispflegerinnen ausgebildet werden, d. h. Persönlichkeiten, die im Kreisfürsorgeamt unter dem Fürsorgearzt organisierend und namentlich die Tätigkeit der Fürsorgerinnen kontrollierend und begutachtend wirken.

Der zweite Referent, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Berger (Krefeld), führte etwa folgendes aus: Die deutschen Säuglinge müssen als Teile des deutschen Volksverbandes in synthetischer Landesarbeit behandelt werden. Richtige Säuglingsfürsorge wird gekennzeichnet durch Mutterberatungsstellen und häusliche Fürsorge jeder Art. Leiter der Mutterberatungsstellen müssen Ärzte sein, denen Fürsorgerinnen für Hausbesuche zur Seite stehen. Alle weiteren Fürsorgemaßnahmen müssen sich nach Bedarf angliedern. Dahin gehören Förderung des Stillens, Milchküchen, Verbesserung des Hebammenwesens, Fürsorge für Schwangere, Mütter, Wöchnerinnen. Unsere Arbeit hat sich weiter auf das heranwachsende weibliche Geschlecht zu erstrecken. Die Fürsorge für die gefährdeten, Zieh- und unehelichen Kinder ist einheitlich zu regeln. Für gesundheitlich gefährdete und kranke Kinder sind besondere Einrichtungen notwendig. Durch gesundheitliche Schulung wird die Mitarbeit des ganzen Volkes erreicht. In der Fürsorge für kleine Kinder hat die Säuglingsfürsorge ihre Fortsetzung zu finden. Die gesamten Bestrebungen sind kreisweise zusammenzufassen in einem Kreisfürsorgeamt, an dessen Spitze der Landrat steht. Die gesamte Fürsorge liegt am zweckmäßigsten in der Hand des Kreiskommunalarztes, unter dem die Fürsorgerinnen arbeiten. Dem Kreiskommunalarzt liegt außerdem noch die Tuberkulosebekämpfung ob. Die Anstellung eines Kreiskommunalarztes ist in jedem Kreise durchführbar. Die Zusammenfassung der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und weiter der Tuberkulosefürsorge in dem Kreisfürsorgeamt ist notwendig, weil so allein von einem Mittelpunkte aus ersprießlich gearbeitet werden kann. Dem Fürsorgeamt, das möglichst zu einem Wohlfahrtsamt zu erweitern ist, liegt die fortlaufende Fürsorge für alle Altersklassen ob.

Über **„Die Organisation der Säuglingsfürsorge in der Provinz Sachsen“** erstattete Oberpräsidialrat Breyer (Magdeburg) Bericht: Die „Hauptstelle für Säuglingsschutz“ in Magdeburg wurde im Jahre 1910 gegründet. Sie sollte an Stelle der bisherigen vereinzelten privaten Fürsorge eine allgemeine und organisierte Bekämpfung der erschreckend zunehmenden Säuglingssterblichkeit setzen. Die Hauptstelle brachte es schon im ersten Jahre auf annähernd 1000 Mitglieder mit über 11000 Mark Jahresbeiträgen und erhielt auch sonst ansehnliche Zuwendungen. Ihre Tätigkeit war teils eine zentrale, nämlich vor allem Aufklärung über die Notwendigkeit intensiver Säuglingsfürsorge durch Veröffentlichung von Schriften und Flugblättern, durch Versammlungen, Vorträge und eine Wanderausstellung; ferner Belehrung der Mütter, Förderung des Selbststillens, Anregung von behördlichen Maßnahmen, Regelung des Verhältnisses zu den Ärzten der Provinz und Beschaffung von Pflegepersonen. Der zweite Teil war die Organisationsarbeit der Hauptstelle: Einrichtung von Kreisstellen in allen Landkreisen und von Ortsstellen in allen Städten über 10000 Seelen unter möglichster Eingliederung vorhandener Organisationen. Träger der Organisation sind die Kreise oder Städte selbst oder besonders geschaffene Vereine bzw. bereits bestehende. Den

Mittelpunkt der Tätigkeit bilden in allen Fällen der Landrat oder Bürgermeister mit dem Kreisarzt, einigen anderen Ärzten, einem Geistlichen, Standesbeamten, einer Hebamme und geeigneten Frauen. Unter den Kreisstellen stehen auf dem Lande und in den kleinen Städten Ortsstellen. Die Kosten tragen außer der Hauptstelle die Kommunen und Vereine. Von den 70 Landkreisen und Städten über 10000 Seelen haben bereits 56 Säuglingspflegeeinrichtungen irgendwelcher Art. Trotzdem muß nach dem Kriege viel schneller und kräftiger organisiert werden, und zwar mit gesetzlichem Zwang. Es bedarf eines amtlichen Bureaus, eines gesetzlichen Rahmens und einer festen finanziellen Grundlage. Die Stadt- und Landkreise sind die gegebenen Träger; die Exemtion der kreisangehörigen Städte über 10000 Einwohner kommt sehr in Frage. Die Säuglingspflege muß künftig die erste und wichtigste Abteilung des zu gründenden Kreis- oder Stadt-Wohlfahrts- oder Fürsorgeamtes sein; weitere Abteilungen für andere Fürsorgezweige wären anzugliedern.

„Über die ärztliche und pflegerische Organisation in der Provinz Sachsen" erstattete Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Denecke Bericht. Bei der Hauptstelle für Säuglingsschutz besteht satzungsgemäß eine dreigliedrige Ärztekommission, die die gesundheitlichen Schutzmaßregeln anregt und prüft, die in Versammlungen und Vereinen aufklärende Vorträge hält und bei geplanten Neueinrichtungen sachverständigen Rat erteilt, wenn nötig nach Entsendung an Ort und Stelle. Im Vorstand der Kreis- und Ortsstellen ist immer der Kreisarzt und mindestens ein Arzt ehrenamtlich vertreten. Der Leiter der Säuglingsfürsorgestelle ist ein vom Kreis oder von der Gemeinde vertraglich gegen Entgelt verpflichteter Arzt. Erkrankte Säuglinge werden von der Fürsorgestelle direkt einem Arzt überwiesen. Die pflegerische Organisation setzt ein mit der Beratung in den Fürsorgestellen. Die Fürsorgeschwestern mit zweijähriger Ausbildung überwachen das Gedeihen der vorgestellten Säuglinge durch Hausbesuche. Sie erhalten außerdem einen Fürsorgebezirk, halten aufklärende Wandervorträge und beaufsichtigen die Säuglingsfürsorgerinnen. Ein Teil der Hebammen erhält in den Gemeinden der Landkreise kleine Fürsorgebezirke als Säuglingsfürsorgerinnen im Nebenamt gegen Entgelt. Die übrigen Hebammen üben die Stillkontrolle gegen Entgelt in der bisherigen Weise aus mit der Aufgabe der Förderung des Selbststillens und der Verlängerung der Stilldauer. Für die nicht von Hebammen versorgten Bezirke werden gut vorgebildete Säuglingsfürsorgerinnen im Hauptamt angestellt. Nach dem Kriege soll die Wöchnerinnenpflege in die Organisation eingegliedert werden.

Außerordentliche Tagung der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens, Hannover, 21. Oktober 1916.

Vorsitzender: Rissmann (Osnabrück); Schriftführer: Burckhard (Würzburg) und Mann (Paderborn).

Säuglingsfürsorge und Hebammenwesen.

Der Vorstand der Vereinigung hatte in Ansehung der Dringlichkeit einer Besprechung der Organisation der Säuglingsfürsorge die außerordentliche Tagung trotz der Kriegslage beschlossen und als Berichterstatter die Herren Kehrer (Dresden), Mann und Rissmann bestimmt.

Kehrer hatte in seinen mit Bemerkungen versehenen Leitsätzen die Notwendigkeit der Bestellung besonderer Bezirksfürsorgerinnen betont, denen die Leitung der Fürsorgeämter zu übertragen wären. Diese Fürsorgerinnen sollen in den Mutterberatungsstellen dem Fürsorgearzt unterstellt sein, außerhalb derselben selbständig handeln und nur dem Fürsorgeausschuß verantwortlich sein. Hierfür sind nur die besten Personen gut genug: Mehr als 25 Jahre alt, gut vor-, sehr gut ausgebildet, die sich nach einer Probezeit in leitender und organisatorischer Hinsicht als tüchtig erwiesen haben. Ihre Ausbildung soll sich (außer in der vorliegenden Materie) auf Wohnungsaufsicht und -pflege, Krüppel-, Rachitis-, Blinden-, Taubstummenfürsorge, Tuberkulose, Syphilisbekämpfung, Vormundschaftswesen, Einrichtung und Betrieb von Milchküchen, Krippen, Kindererholungsmöglichkeiten u. a. m. erstrecken. Dafür sollen 3 Monate in einer Entbindungsanstalt (Wochenbett- und Säuglingspflege), 3 Monate in einem Säuglingsheim (Säuglings-

pflege), 9 Monate in einer Säuglingskrankenanstalt (Säuglingskrankenpflege) und 3 Monate in einer sozialen Fürsorgeanstalt zur Ausbildung vorgesehen werden. Ausnahmsweise könnten dafür gut veranlagte Hebammen unter Anrechnung des neunmonatigen Hebammenkursus auf ihre Ausbildung nach Verzichtleistung auf die Ausübung der Hebammenpraxis zugezogen werden. Die Hebammen in ihrer Gesamtheit, soweit sie geeignet und noch bildungsfähig seien, sollen unter Leitung des Fürsorgearztes und der Fürsorgerin mitwirkend und mit verantwortlich herangezogen werden.

Mann formulierte nach breiterer Darlegung des praktischen Bedürfnisses und in Ansehung der leichteren Finanzierung der Sache an der Hand der Literatur unter besonderer Betonung der ländlichen Verhältnisse seine Leitsätze dahin, daß die Hebamme als Säuglingsfürsorgerin im Wochenbett unbedingt auch als selbständige Fürsorgerin zu gelten habe und daß zweckmäßig auch eine erweiterte Fürsorge über das Wochenbett hinaus der Hebamme nach gründlicher Aus- und Weiterbildung übertragen werden könne, im Interesse der geringeren Kosten für die Allgemeinheit und der sozialen Besserstellung des Standes auch in erster Linie übertragen werden solle. — Wo bei dichterer Bevölkerung die Bestellung besonderer Säuglingsfürsorgerinnen sich als notwendig herausstellen sollte, seien auch hier die Hebammen zu wählen, da sie Einsicht und Erfahrung auf dem ganzen Gebiete mitbringen. Die Leitung der gesamten Fürsorge soll dem Kreisarzt vorbehalten werden und die Ärzte als Geburtshelfer und Kinderärzte in der Säuglingsfürsorge ausgiebig mitwirken. Vortr. beschränkte sich nur auf die Erörterung der Fürsorge für das Kind während der Schwangerschaft, der Geburt, im Wochenbett und als älterer Säugling.

Rissmann, der in der geplanten und manchenorts auch schon vollzogenen Anstellung besonderer Säuglingsfürsorgerinnen trübe Aussichten für den deutschen Hebammenstand ersieht, stellte sich auf den Standpunkt, daß im Interesse des Hebammenstandes die Säuglingsfürsorge den Hebammen nicht vorenthalten bleiben dürfe, daß die Hebamme aber auch zur Pionierarbeit im Dienste der gesamten Volkshygiene mit Vorteil und bei nicht großer Geldaufwendung herangezogen werden könne. Nach Ansicht von Kinderärzten solle ja auch die Säuglingsfürsorgerin Hausbesuche bei Schwangeren machen, um sich mit diesen zu verständigen und sie zum Besuche der Beratungsstellen anzuhalten. Mit dieser Forderung sei erwiesen, daß sich in Wirklichkeit Mutterschutz und Säuglingsschutz nicht trennen lassen, weshalb die beiden nicht ungebührlich zu trennen, sondern baldigst zu vereinigen seien. Er verlangt daher in seinen Thesen, daß die Hebammenschwestern nach Möglichkeit in der Fürsorge überall verwendet und die Anstellung anderer Personen unterlassen werden solle; daß es Mutter- und Säuglingsschutz heißen müsse; daß die Hebammenschwester ihre ganze Ausbildung nur an der Hebammenschule erfahren solle; daß deren Ausbildung mindestens die gleiche sein müsse wie die sonstiger Schwestern.

Alle drei Referenten waren sich einig, daß eine Säuglingsfürsorge unter Nichtberücksichtigung der Geburtshilfe unvollständig bleibt, und darin, daß die Hebammenschulen einen weiteren Ausbau nach der Seite der Säuglingsfürsorge erfahren müssen.

Nach einer eingehenden Besprechung, an der sich die Herren H. Freund (Straßburg), v. Alvensleben (Magdeburg), Herzau (Halle), Hammerschlag (Neukölln), Langerhans (Celle), Burckhard (Würzburg), Brenneke (Magdeburg), Poten (Hannover), Klumker (Frankfurt), Krohne, Rott und Nacke (Berlin) beteiligten, wurden folgende Leitsätze angenommen:

1. Die seit Jahren erstrebte Hebammenreform ist zurzeit noch dringender notwendig, um nach dem Friedensschluß eine zweckmäßige Bevölkerungspolitik in die Wege zu leiten.

Dazu bedarf es:

a) einer wirtschaftlichen Besserstellung der Hebammen;

b) einer besseren Vorbildung und sorgfältigeren Auswahl der Schülerinnen;

c) einer längeren und gründlicheren Ausbildung in den Hebammenschulen auch in der Säuglingsfürsorge durch geeignete Erweiterungen.

2. Die Hebamme ist berufen, in der Säuglingsfürsorge mitzuwirken.

Eine Unterstellung der Hebamme unter andere weibliche Fürsorgepersonen darf nicht erfolgen.

III. Therapeutische Notizen.[1])

Gummiersatz bei der Flaschenernährung. Von Karl Oppenheimer, (München). Der Ersatzsauger, dessen Herstellung nicht geschützt ist, steht zum Verkauf bei Greiner, Mathildenstraße 12, zum Preis von 40 Pfennig per Stück. Er besteht aus einem Kork, durch den ein 5—6 cm langes Glasröhrchen führt. Die Kürze des Glasrohrs ermöglicht ein vollständiges Austrinken der Flasche. Das Mundstück ähnelt in der Form dem Gummisauger, wenn ihn das Kind beim Saugen breitgedrückt hat. Darin liegt ein Vorzug gegenüber den in früheren Zeiten angewandten Modellen, die aus Bein, Zinn oder Silber gefertigt waren und kein besonderes Mundstück aufwiesen. An olivenförmige Mundstücke gewöhnten sich die Kinder nur schwer. Der neue Sauger läßt sich leicht und gründlich auskochen und reinigen. Das Glas ist so dick, daß ein Abbrechen des Mundstücks nicht zu befürchten steht. Der einzige Nachteil, der sich während dreiwöchentlicher Versuche zeigte, besteht darin, daß manche Kinder anfangs beim Trinken den Mund zu voll bekommen und deshalb einen Teil der Milch wieder auslaufen lassen. Durch Verwendung von Mundstücken mit engerer Öffnung läßt sich dieser Mißstand bessern. Im allgemeinen wird es sich empfehlen, bei jüngeren Kindern Sauger mit enger Mundöffnung, bei älteren solche mit weiterer Öffnung anzuwenden. Die Gewöhnung an den neuen Sauger erfolgte bei manchen Kindern sehr schnell, bei anderen dauerte sie länger, in einem Fall einen ganzen Tag. Dieser Umstand wird denjenigen nicht in Erstaunen setzen, der weiß, wie schwer sich manche Brustkinder an die Flasche gewöhnen. (M. m. W. 1916. Nr. 27.)

Zur Frage des Gummisaugerersatzes für Säuglinge schreibt Professor Dr. Finkelstein (Berlin): „Aus dem bereits für verschiedene chirurgische Zwecke als Gummiersatz verwendeten Sterilin (Azetylzellulose) Colman stellt die Firma O. Skaller, Berlin N 24, neuerdings auch Milchsauger her, die nach meinen Erfahrungen geeignet sind, die Gummisauger bis zu einem gewissen Grad zu ersetzen. Diese Sauger sind vor allem biegsam, anfänglich durchscheinend, ähnlich den Kristallsaugern, später getrübt, haben eine erhebliche Festigkeit und sind dehnbar, so daß sie über den Flaschenhals gezogen werden können und dort fest anliegen. Im Gebrauch weiten sie sich allmählich aus. Die Trinklöcher können mit kalter und heißer Nadel gestochen werden. Den Hauptnachteil im Gebrauch bildet der Mangel eines genügenden Grades von Elastizität. Namentlich in der Wärme bleibt die Spitze plattgedrückt, und ebenso gleichen sich größere Knickungen und Drehungen des ganzen Saugers nur schwer wieder aus. So kommt es leicht zum Stocken des Milchaustrittes und damit zum Einstellen weiterer Trinkversuche beim Kinde. Wenn die Pflegerin die Mahlzeit dauernd überwacht, kann diese Schwierigkeit durch geeignete Nachhilfe auch ohne besondere Vorrichtungen überwunden werden; sonst aber läßt sie sich — nach meinen Erfahrungen mit Sicherheit — dadurch beseitigen, daß man eine Versteifung einlegt. Die Firma gibt zu diesem Zwecke eine durchbohrte, in ein Röhrchen auslaufende Glaskugel bei, die in der Saugerspitze von selbst haftet und am Halse von den Lippen umfaßt wird. Damit haben alle Kinder bisher leicht und bereitwillig getrunken, während breitere und platte Formen, wie die von Oppenheimer (vgl. vorstehende Notiz) angewandten, oft verweigert wurden. Ein dem Sauger anfänglich noch anhaftender Geruch nach dem Lösungsmittel verliert sich schnell und hat bei unseren Versuchen kein Hindernis bedingt. Auskochbar sind die Sauger nicht; sie können nur mit kaltem oder lauem Wasser gereinigt werden. Die Haltbarkeit erstreckte sich bei uns — einigermaßen behutsame Behandlung vorausgesetzt — auf mehrere Wochen; den jetzt erhältlichen schlechten Gummisaugern sind sie jedenfalls weit überlegen. Der Preis im Einzelhandel dürfte 40—45 Pfg. für das Stück betragen. (M. m. W. 1916. Nr. 36.)

Das Einnehmen' fetter Öle (Rizinusöl, Lebertran) ist, schreibt Professor Dr. Quincke (Frankfurt a. M.), unangenehm nicht nur durch den Geschmack bzw. Geruch, sondern mindestens ebensosehr durch das Gefühl, welches sie auf Lippen- und Mundschleimhaut hervorrufen. Man läßt sie deshalb bekanntlich statt aus einem Löffel lieber mit heißer Flüssigkeit schlucken, auf der sie hinunterschwimmen. Vorteilhaft ist es nun, wenn man diese Flüssigkeit nicht aus einer Tasse trinken läßt, sondern aus einem Sahnentopf mit enger Öffnung.

[1]) **Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.**



Bei einer Füllung von 30—40 ccm Gesamtflüssigkeit kann man diese bequem in einem Schlucke hinuntergießen, fast ohne die Lippen zu benetzen. Als Schwemmflüssigkeit (und zum Nachtrinken) dient (wenn beim Rizinusöl der Krankheitszustand es erlaubt) am besten heiße Milch, da sie das Öl dünnflüssiger macht und zur Emulgierung der Ölreste beiträgt, welche der Mundschleimhaut etwa noch anhaften. Zweckmäßig ist es auch, unmittelbar vorher durch Nehmen einiger Schluck heißer Flüssigkeit die Mundschleimhaut zu benetzen. Noch besser als Milch deckt Schleimsuppe oder Brei; Lebertran läßt sich ja zwischenhinein nehmen. Zweckmäßig geformte Sahnentöpfe mit Teilung liefert Instrumentenmacher Dröll, Frankfurt a. M., Kaiserstraße 42. (M. m. W. 1916. Nr. 30.)

Über primäre Nasendiphtherie. Von E. Bergh. Aus 35 beobachteten Fällen schließt Verf.:

1. daß die primäre Nasendiphtherie vorzugsweise bei Individuen beobachtet wurde, die dem Alter von 1—10 Jahren angehörten,
2. daß dieselbe vorzugsweise während der kälteren Jahreszeit beobachtet worden ist,
3. daß als besondere Komplikationen Albuminurie, Herzlähmung, purulente Mittelohraffektionen aufgetreten sind,
4. daß die Prognose bei Serumbehandlung als günstig zu betrachten ist,
5. daß nach Einführung der Serumbehandlung jede lokale Therapie als überflüssig zu bezeichnen ist,
6. daß bei serumbehandelten Fällen die durchschnittliche Remanenz der Diphtheriebazillen auf der Nasenschleimhaut nicht länger ist als die bei Diphtherie auf anderen Schleimhäuten,
7. daß die hauptsächlichste Bedeutung der primären Nasendiphtherie darin liegt, daß sie Bazillenträger erzeugt. (Mschr. f. Ohrenheilk. 49. Nr. 9/10.)

Tumenol. ven. bei Ulzerationen hat San.-Rat Dr. Rudolph (Magdeburg) mit bestem Erfolge seit 12 Jahren benutzt:

Rp. Tumenol. ven. 5,0
Zink. oxyd.
Amyl. trit.
Vaselin. flav.
Lanolin. āā 25,0

Bei oberflächlichen Geschwüren ist diese Paste sehr wirksam und auch bei Kindern gut zu benutzen. Auch zur Nachbehandlung von Furunkeln, Panaritien, Abszessen gibt es kein besseres Mittel. (Ther. Mhf. 1916. Nr. 4.)

* **Über die Behandlung der Amenorrhoe und Oligomenorrhoe mit Glanduovin (Extraktum ovariale) unter gleichzeitiger Arsenbehandlung.** Von Dr. Josef Hirsch, Frauenarzt, dirigierender Arzt am Israelitischen Krankenheim in Berlin. Verf. hat mit dieser Therapie recht gute Erfolge erzielt. Natürlich eignet sich die kombinierte Behandlung nicht für eine regelmäßige monatliche Behandlung, da in diesem Falle die Arsengaben sich kumulieren würden. Aber es empfiehlt sich, zur erstmaligen Anregung der erloschenen oder schwachen Menstruation kombiniert zu behandeln, und zwar in der Form, daß 6 Glanduovingaben 6 Gaben von Natrium arsenicosum beigegeben werden (0,006—0,008—0,001 in auf- und absteigender Richtung). Den anschließenden weiteren Glanduovindosen werden wiederum 6 gleiche Dosen von Natrium arsenicosum beigegeben. Die Injektion geschieht intramuskulär, und zwar so, daß die 2,1 ccm Flüssigkeitsmenge umfassende Injektion 1,1 ccm Glanduovin und die entsprechende Dosis von Natrium arsenicosum enthält. Die somit injizierten Arsengaben sind verhältnismäßig gering, so daß eine schädliche Wirkung selbst nach Wiederholung von 2—3monatlicher Pause nicht zu befürchten ist. Glanduovin hat sich als vollständig unschädlich erwiesen. In resistenten Fällen wird sich also empfehlen, die durch kombinierte Behandlung einmal angeregte Menstruation durch monatliche Glanduovingaben in gleichmäßigem Typus zu erhalten.

(Reichs-M.-Anz. 1916. Nr. 5.)

* **Neue Wege der Eklampsiebehandlung.** Von Dr. Paul Rissmann, Direktor der Hebammenschule in Osnabrück. 1. Der Gebrauch von Morphium, von Chloral und von Kochsalzinfusionen bei der Eklampsie empfiehlt sich durchaus nicht, dagegen haben wir im Luminalnatrium ein Schlafmittel, das allen Ansprüchen gerecht zu werden scheint. 2. Außer Luminal scheint in schwereren Fällen von Eklampsie die subkutane bzw. intramuskuläre oder die rektale An-

wendung von Magnesiumsalzen günstig zu wirken, auch ein Aderlaß ist in gewissen Fällen empfehlenswert. 3. Eine möglichst schnelle Entbindung bleibt dabei stets anzustreben, wenigstens bei Geburtseklampsien.

(Zschr. f. Geburtsh. Bd. 128.)

* **Über granulierendes Wundöl Knoll.** Von Dr. Fiedler. (Aus dem Reservelazarett Marien-Hospital in Düsseldorf.) Über 100 Fälle damit behandelt. Flächenhafte Wunden wurden mit in Öl getränkter Gaze verbunden und der Verband alle 2 Tage gewechselt. In Buchten wurde das Öl eingegossen, in Fisteln und Höhlen eingespritzt. Hauptgebiet: Wunden mit größerem Substanzverlust und Gewebszerfetzung. Außerordentlich rasches Abstoßen der Gewebsteile und Ausgranulieren unter recht geringer Sekretion. (D. m. W. 1915. Nr. 39.)

* **Leukozon, ein neues Wundstreupulver.** Von San.-Rat Dr. Martin Anker. (Aus der chirurgischen Abteilung des Lazaretts der Stadt Berlin in Buch.) Der wirksame Bestandteil des von den Chemischen Werken vorm. Dr. H. Byk in Charlottenburg hergestellten Leukozons ist das Kalziumperborat mit einem Gehalt von 11% Sauerstoff. Es kommt mit gleichen Teilen Talkum gemischt in den Handel als Leukozon. Verf. benutzte noch größere Verdünnungen: Leukozon, Talkum āā 50,0 (mit nur 25% Kalziumperborat) und Leukozon 20,0, Talkum 80,0 (mit 10% Kalziumperborat). Von der Anwendung des unverdünnten, also 50% Kalziumperborat enthaltenden Leukozons hat Verf. gleich nach den ersten Versuchen Abstand genommen, weil zwar der Hauptvorzug dieses Wundstreupulvers, die sichtlich beschleunigte Heilung der Wunde, deutlich zutage trat, indessen die Klagen der Verwundeten über „Brennen in der Wunde“ sich allzu häufig wiederholten. Mit den verdünnten Präparaten sind im ganzen 72 Fälle behandelt worden. Verf. pflegt dieses Wundstreupulver in der Absicht einer physikalischen Austrocknung großer, stark absondernder Wunden anzuwenden. Jedoch nicht ausschließlich. Denn das Geheimnis einer raschen Überhäutung großer Wunden ist, ihnen Abwechslung zu bieten im Sinne einer Niederhaltung der stark wuchernden Granulationen, Anregung der überhäutenden Randzone und gute Austrocknung. Diese Austrocknung der Wunde bewirkt unbedingt das Leukozon als feines Pulver in hohem Maße. Es wirkt aber außerdem noch durch seine dauernde Sauerstoffabsonderung in hohem Maße fäulniswidrig. Denn bei seiner Anwendung reinigten sich die Wunden rascher als beim Gebrauch anderer Streupulver. Eine desodorierende Wirkung des Leukozons wurde nur beobachtet bei großen, oberflächlichen, auch stark sezernierenden und speckig belegten Verletzungen, konnte dagegen bei tiefen, penetrierenden und stinkenden Wunden nicht festgestellt werden, auch nicht bei Anwendung der starken Konzentration. In solchen Fällen wurde zunächst der Geruch durch die auf der Abteilung üblichen feuchten Verbände mit Kampferwein und Chlorwasser (zu gleichen Teilen) oder mit Kampferkarbol beseitigt und dann erst Leukozon in Anwendung gebracht. Irgendwelche Nachteile sind bei der dauernden Behandlung der Wunden mit Leukozon niemals beobachtet worden. Schon bei der ersten Anwendung des Leukozons fiel vor allem besonders bei den tiefgreifenden, eitrig belegten und putriden Wunden die Tendenz zur raschen Heilung ins Auge, und diese Tendenz war so evident, daß sie die Veranlassung zur Anstellung weiterer Versuche unter Hinzuziehung von Kontrollversuchen mit anderen Wundstreupulvern bildete. Bei allen diesen Versuchen bestätigte sich ausnahmslos, geradezu in die Augen springend, die gemachte Erfahrung, daß unter Leukozonbehandlung die Wunde wesentlich schneller zur Heilung gelangt als unter den anderen üblichen Pulver- bzw. Salbenverbänden. Das Leukozon übte, und zwar sowohl in dem 10%igen als auch im 25%igen Präparat, einen fast sichtlich fördernden Einfluß auf die Produktion guter Granulationen aus; es wirkte hervorragend austrocknend, reinigend und damit epidermisierend. Tiefe Wunden füllten sich rasch mit gut aussehenden Granulationen und wurden flacher; die eitrige, selbst profuse Wundabsonderung verminderte sich unter dem Leukozonpulver zusehends mit jedem Verbandswechsel. Der Belag verschwand, rote Granulationen schossen auf, und der weißliche, periphere, die neue Behäutung darstellende Rand derselben rückte so rasch zentralwärts vor und zusammen, daß die Heilungsdauer der einzelnen Wunde gegenüber den sonstigen Verbandsmitteln schätzungsweise um etwa ein Drittel der Zeit verringert wurde. (B. kl. W. 1915. Nr. 25.)

IV. Neue Bücher.

Th. Ziehen. **Die Geisteskrankheiten des Kindesalters.** Zweite Hälfte. Berlin, Reutter u. Reichard. Preis M. 12.50.

Infolge des Krieges hat sich die Herausgabe des Werkes verzögert, so daß erst jetzt die zweite Hälfte erschienen ist. Diese enthält die Psychosen ohne Intelligenzdefekte: affektive und intellektuelle Psychosen, psychopathische Konstitutionen und zusammengesetzte Psychosen. Die Vorzüge, die wir gelegentlich des Erscheinens der ersten Hälfte des Buches bei diesem aufzählen konnten, prägen sich auch hier aus, und die Beurteilung des Ganzen kann eine durchaus günstige sein. Der Arzt und der Lehrer werden in dem Werke alles finden, was sie suchen, und zwar so klar und präzis ausgedrückt, daß die Orientierung leicht ist und eine Umsetzung des Gelesenen in die Praxis die besten Früchte tragen wird. Besonders eingehend ist das Kapitel von der psychopathischen Konstitution behandelt, entsprechend ihrer Wichtigkeit für die ärztliche und pädagogische Tätigkeit. Möge dieser Abschnitt und das ganze Buch recht eingehend studiert werden. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Eine Verfügung des preußischen Ministers des Innern, betr. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und Gesunderhaltung der heranwachsenden Jugend, vom 3. Oktober 1916 ersucht die Regierungspräsidenten, geeignete Schritte zu tun, um die Ausbildung der reiferen weiblichen Jugend und der Mütter durch Einführung von Lehrgängen in Säuglings- und Kleinkinderpflege, durch Veranstaltung von öffentlichen gemeinverständlichen Vorträgen, Mütterabenden und ähnliche Maßnahmen zu fördern. Zur Erreichung dieses Zieles ist es erforderlich, mit dem Roten Kreuz, dem Vaterländischen Frauenverein und gleichartigen Wohlfahrtsorganisationen wegen Durchführung einer umfassenden Werbung in Verbindung zu treten. Weiter sind die Kreisärzte, die Kommunalärzte, Kinderärzte und Ärztinnen, Lehrerinnen, Geistliche, Gemeindevorsteher und sonstige geeignete Persönlichkeiten heranzuziehen, um selbst solche Vorträge zu übernehmen oder geeignete Personen für diesen Zweck zu gewinnen. In einigen Gegenden sind schon vor längerer Zeit mehrwöchige Lehrgänge, und zwar selbst in kleinen ländlichen Ortschaften, in der Weise eingerichtet worden, daß die jungen Mädchen und Mütter einer Gemeinde an zwei bis drei Abenden einer Woche versammelt und über Säuglings- und Kleinkinderpflege unterrichtet wurden. In mehreren Fällen haben anläßlich solcher Veranstaltungen auch praktische Unterweisungen, z. B. durch gelegentlichen Besuch von Säuglingsheimen und Krippen, stattgefunden. Von großem Wert wird es sein, im Anschluß an derartige Belehrungen Flugschriften oder Merkblätter über Säuglings- und Kleinkinderpflege zu verteilen.

Leipzig. Das Kinderkrankenhaus feierte am 6. Dezember 1916 sein 25jähriges Bestehen.

Kiel. a. o. Prof. Dr. v. Starck hat den Titel Geh. Med.-Rat erhalten.

Würzburg. Prof. Rietschel (Dresden) hat einen Ruf als a. o. Prof. der Kinderheilkunde angenommen.

Graz. a. o. Prof. Dr. F. Hamburger in Wien ist zum o. Prof. der Kinderheilkunde ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang **März 1917.** Nr. 3.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Kurt Morgenstern und **Georg B. Gruber,** Multiple Hautinfarkte nach Masern. Aus der Kinderklinik des Pathologischen Instituts in Straßburg.) (Ztschr. f. Kinderhlk. 12. S. 100.) Bei einem sehr elenden, rachitischen, 12 Monate alten Kind mit Masern und Lungenentzündung traten am 6. Tage auf der linken Seite des Rückens mehrere bis erbsengroße, umschriebene, mit Schorf bedeckte Hautblutungen auf. Am folgenden Tage ödematöse Anschwellung des linken Beines, besonders des Oberschenkels (Thrombose der Vena femoralis sinistra). Dieses Ödem dehnt sich dann auf die ganze linke Hüftgegend aus. Das Kind stirbt wenige Tage später. Die nekrotischen Hautpartien wurden histologisch untersucht. Es handelte sich um lokal entstandene Thrombosen des kutanen Arteriengebietes der linken Seite. Diese Thrombosen führten zur hämorrhagischen bzw. ischämischen Nekrose und brachten Bilder eines anämischen Infarktes mit hyperämischer Randzone hervor. Schick.

Elis Lövegren, Experimentelle Beiträge zur Kenntnis des alimentären Fiebers. (Aus dem Kinderasyl und Pathologischen Institut des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin.) (Ebenda. 12. S. 110—160.) Bekanntlich hat Finkelstein mit seinen Mitarbeitern in Ergänzung seiner klinischen Beobachtung den experimentellen Nachweis dafür zu führen versucht, daß sowohl Zucker- als auch Kochsalzzufuhr alimentäres Fieber hervorzurufen imstande ist. Er wies darauf hin, daß Kochsalzzufuhr allein, dagegen Zucker nur im Verein mit Molke Fieber erzeugen und daß eine wesentliche Bedingung für die Entstehung eines alimentären Fiebers das Bestehen einer Verdauungsstörung nötig ist. Die Versuche des Verf.s an Hunden gehen dahin, bei völlig gesunden Tieren während stattfindender Verdauungsarbeit Kochsalz und Zucker mit Umgehung des Darmes unmittelbar in das Pfortadersystem einzuführen. In der Tat kommt es dabei fast regelmäßig zu Temperatursteigerung vorübergehender Natur. Da die gleiche Salzmenge, subkutan in die peripherische Blutbahn eingebracht, keine wesentliche Temperatursteigerung hervorruft, meint Verf., daß bei der Entstehung des Salzfiebers die Leber wahrscheinlich eine besonders wichtige Rolle spielt.

Schick.

Friedrich Börger, Über zwei Fälle von Arachnodaktylie. (Aus der Kinderklinik in München.) (Ebenda. 12. S. 161—184.) Der erste Fall betrifft einen 9 Jahre alten Knaben. Vater Potator und zuckerkrank. Geburt normal. Schon als Neugeborener sehr

lang und mager, namentlich an Händen und Füßen. Als Säugling mager, die Augen waren hohl. Beim ersten Laufen mußte das Kind sehr große Schuhe haben, später waren sie immer „um mehrere Nummern größer als die der Altersgenossen.

Bei der Aufnahme (wegen Gelbsucht) zeigte sich neben auffallender Magerkeit und flügelförmigem Abstehen der Schulterblätter vom paralytischen Thorax das Extremitätenskelett eigentümlich verändert. Arme und Beine, namentlich Hände und Füße erscheinen außerordentlich lang und schmal, der Calcaneus springt spornförmig vor. Hände und Füße sind grotesk überstreckbar. Röntgenologisch ist die Knochenstruktur intakt, der Verknöcherungsprozeß weiter fortgeschritten als bei einem 2 Jahre älteren Kontrollkind. Das Blutbild des Pat. nähert sich dem eines Erwachsenen. Es besteht Irisschlottern.

Der zweite Fall mit analogen Erscheinungen ist ein Jahr alt. Dieser kam zur Obduktion. Die vordere Schädelgrube ist auffallend verändert, eine eigentliche solche besteht gar nicht, sondern die Dächer der Orbita springen stark konvex in das Schädelinnere vor.

Es handelt sich bei dem vorliegenden Symptomenkomplex sicherlich um einen angeborenen und partiellen Riesenwuchs, der durch die mangelhafte Anlage des Gesamtorganismus und vielleicht frühzeitige (intrauterine) Erschöpfung speziell der endokrinen Drüsen bedingt ist. Schick.

E. Liefmann, Über den Harnsäuregehalt des kindlichen Blutes. (Aus dem Säuglingsheim in Dresden.) (Ebenda. 12. S. 227.) Der Bluthamsäurewert des normalen, purinfrei ernährten Säuglings liegt zwischen 1,3—1,7 mg auf 100 ccm Blut. Er steigt im Laufe der Kindheit langsam an und erreicht beim Erwachsenen die uns schon bekannten Werte von 2—4 mg. Bei purinhaltiger Kost geht der Bluthamsäurewert schnell in die Höhe, um dann langsam wieder zur Norm abzufallen. Schwerere Allgemeinstörungen des Säuglings gehen mit Erhöhung der Bluthamsäurewerte einher. Bei hungernden, atrophischen, magendarmkranken, luetischen Kindern fanden sich daher hohe Bluthamsäurewerte, ebenso bei Eiterungen und speziell beim Fieber. Vermehrte Bluthamsäure wird anscheinend relativ lange vom Blute festgehalten. Nach Atophanfütterung tritt eine Verminderung, nach Protojoduret eine Erhöhung des Blutsäuregehaltes ein. Infektiöse Hauterkrankungen, wie Dermatitis exfoliativa, gehen mit Erhöhung der Bluthamsäure einher.

Bei Intertrigo, Erythrodermie und besonders bei Ekzemfällen konnte dieser Befund nicht erhoben werden. Chronische fieberlose Bronchitiden, verbunden mit den Erscheinungen der exsudativen Diathese von seiten der Nasen- und Rachenschleimhaut, ließen eine Vermehrung der Bluthamsäure erkennen. Diese Vermehrung ist aber kein obligates Symptom der exsudativen Diathese, und es ist nicht erlaubt, daraus einen Zusammenhang zwischen exsudativer Diathese und Uratdiathese zu konstruieren. Schick.

Fritz Ebeler, Intrauterine Nabelschnurumschlingung. (Aus der gynäkologischen Klinik der Akademie Köln.) (Zbl. f. Gyn. 1916. Nr. 36.)

Frau Math. R., 30 Jahre alt. Aufnahme 25. IV. 1916. Letzte Menses am 28. XII. 1915. Kohabitationstermin 12. I. 1916. In der Nacht vom 24. zum 25. IV. 1916 Abgang von großen Mengen Fruchtwassers und Beginn von Blutungen. Gleichzeitig Einsetzen wehenartiger Schmerzen. Vom Abgang einer Frucht ist nichts bekannt.

Bei der inneren Untersuchung tastet man in der Vagina den Fötus, auf den gleich näher eingegangen werden soll. Nach Durchtrennung der Nabelschnur erweist sich der Muttermund für zwei Finger durchgängig, im Cavum uteri fühlt man die Plazenta, die sofort in Chloräthyl-Ätherrausch manuell entfernt wird. Reaktionslose Rekonvaleszenz.

Der Föt hat ein grauweißliches Aussehen und mißt vom Scheitel bis zur Ferse 11 cm. Er ist etwas geschrumpft und zum Teil mumifiziert. Nirgends sind Mazerationsprozesse wahrnehmbar. Die ziemlich dünne Nabelschnur zieht von der zentralen Stelle der Plazenta zum linken Fußgelenk, umschlingt dieses in Form eines wahren Knotens und tritt über den unteren Teil des Abdomens zum Nabel. Das linke Bein steht im Hüftgelenk in leichter, im Kniegelenk in stärkerer spitzwinkeliger (Winkel zwischen Unter- und Oberschenkel etwa 30°) Beugestellung. Der von der Plazenta zum Fuß ziehende Abschnitt des Nabelstranges hat eine Länge von 6,9 cm, das andere Stück eine solche von 3,2 cm. Nach Lösung des Knotens mißt die Nabelschnur 1 cm mehr, so daß ihre Gesamtlänge 11,1 cm beträgt. Während der fötale Abschnitt der Schnur von weicher, elastischer Konsistenz ist, befindet sich das plazentare Stück im Zustande trockener Mumifikation. Hinsichtlich des Umfanges des Nabelstranges ist zu bemerken, daß der fötale Teil etwa doppelt so voluminös ist wie der plazentare. Vergleicht man die beiden Füße miteinander, so fällt eine zwar nicht sehr ausgesprochene, aber doch deutlich wahrnehmbare Differenz auf, insofern, als der linke Fuß gegenüber dem rechten etwas atrophisch erscheint. Nach Abwicklung der Nabelschnur sieht man erst, welch starken Druck diese auf den umschlungenen Fuß ausgeübt hat. Dort, wo der Nabelstrang das Fußgelenk eingeschnürt hat, ist eine tiefe zirkuläre Furche wahrzunehmen. Die Kontinuität zwischen Fuß und Unterschenkel ist nur noch durch einen kurzen, fadenförmigen Gewebsstrang gewahrt.

Die mikroskopische Untersuchung der Nabelschnur ergab nicht unerhebliche Verschiedenheiten zwischen dem proximal und distal vom Knoten gelegenen Gewebe. Die Gefäße zeigen im fötalen Teile des Präparates nur geringe Abweichungen vom normalen Bau. Die beiden Arterien sind von der Vene deutlich zu unterscheiden durch die Größe ihres Lumens. Während die Arterienwände stark zusammengezogen sind und infolgedessen sehr klein und rundlich erscheinen, ist die Vene auf das Zwei- bis Dreifache dilatiert. In der Venenlichtung befinden sich zahlreiche, gut erhaltene, in den Arterien nur ganz vereinzelte, ihrer Wand dicht anliegende rote Blutkörperchen. In den Arterienwandungen sieht man nahe der Lichtung schwache Blutfarbstoffeinlagerungen; stärker davon durchsetzt ist die direkte Umgebung der Arterien.

Anders im plazentaren Anteile des Nabelstranges, der im ganzen etwas dünner ist wie der eben besprochene Abschnitt. Hier fehlen die Gefäßlumina vollkommen. An ihrer Stelle findet man das ziemlich gleichmäßige Gewebe durchsetzt von mehreren, nach allen Richtungen sich verzweigenden, strichförmigen Spalträumen. Das Gewebe ist stellenweise in homogene Schollen umgewandelt, die wiederum von Zellkomplexen mit mehr oder weniger ausgesprochener Nekrosenbildung umlagert und durchzogen werden. In den am besten erhaltenen Gewebspartien nimmt man schwache Blutfarbstoffeinlagerungen wahr.

Nach dem anatomischen und klinischen Bilde kann kein Zweifel bestehen, daß zur Zeit der Untersuchung das plazentare Nabelschnurstück fast vollkommen nekrotisch war, während der fötale Abschnitt noch im ganzen normale Verhältnisse erkennen ließ. Der Tod des Kindes kann durch das Zusammenziehen des Knotens jedenfalls nicht bedingt sein.

Es handelt sich also um einen Fötus aus de 4. Schwangerschaftsmonate, bei dem es durch Umschlingung der Nabelschnur in Form eines wahren Knotens zu einer fast vollkommenen Abschnürung des

einen Fußes gekommen ist. Ob der Abort durch die Umschlingung der Nabelschnur hervorgerufen ist, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden.

Seitdem Montgomery im Jahre 1839 die Aufmerksamkeit auf folgenschwere Umschnürungen des Fötus durch die Nabelschnur gelenkt hat, suchte man ohne weiteres die Selbstabsetzungen der Gliedmaßen auf diese Ursache zurückzuführen, bis Simonart 1846 auf die ätiologische Bedeutung der amniotischen Bänder und Fäden für die Genese fötaler Amputationen aufmerksam machte. Seit dieser Zeit ist die Tatsache, daß der Nabelstrang während des intrauterinen Lebens irgendwelche Schädigungen in dieser Hinsicht anrichten könne, nicht nur in Vergessenheit geraten, sondern so gut wie ganz geleugnet worden. Als gewichtigste Stütze diente dabei das Faktum, daß bei irgend erheblicher Abschnürung eines Kindesteiles die Nabelschnur selber den schwersten Insulten ausgesetzt sei und der durch Kompression seiner Gefäße ins Stocken gebrachte Blutkreislauf den Erstickungstod der Frucht bedinge, ehe es zu erheblicher Ein- oder gar Abschnürung einer Gliedmaße oder des Halses komme. Zwar wird ein sulzreicher Nabelstrang nur schwerlich eine Störung des Blutlaufes erleiden, aber er wird auch dem umschlungenen Teile keinen nennenswerten Schaden zufügen, und tatsächlich sind es nach dem übereinstimmenden Urteile der meisten Autoren gerade die dünnen, sulzarmen Nabelstränge, die die folgenschwersten Umschlingungen hervorrufen.

Die Ansichten über die Beeinflussung dieser Abschnürungen durch die Nabelschnur sind auch heute noch geteilt, wenn schon nicht geleugnet werden kann, daß die Möglichkeit ihres Vorkommens von den meisten Beobachtern bedingungslos zugegeben wird. Soweit es sich um Amputationen durch Umschnürung handelt, so werden diese nach Küstners Ansicht ausschließlich durch amniotische Bänder, nie durch die Nabelschnur bewirkt. Bei Bumm lesen wir, daß durch feste Umschnürungen der Extremitäten die unterhalb der Schlinge gelegenen Teile der Glieder in ihrer Entwicklung behindert, ja sogar abgetrennt werden können. Während diese Umschlingungen für gewöhnlich keinen weiteren Schaden anrichten, entsteht, wenn sie sehr fest und zahlreich sind, eine Behinderung der Zirkulation in der Schnur. Eine ähnliche Schilderung der Verhältnisse finden wir in dem Olshausen-Veitschen Lehrbuche der Geburtshilfe: „Es können übrigens auch durch feste Umschlingungen um Extremitäten, wenn auch nicht spontane Amputationen, so doch wenigstens Einschnürungen der Weichteile bis auf den Knochen verursacht werden.“

Sind die einfachen Umschlingungen der Nabelschnur um Hals und Extremitäten der Frucht eine recht häufige, etwa bei jeder vierten Geburt vorkommende Erscheinung, so kommen die dadurch hervorgerufenen Ein- oder Abschnürungen verhältnismäßig selten zur Beobachtung. Hennig konnte im Jahre 1877 70 Fälle dieser eigenartigen Wachstumshemmung aus der gesamten Literatur zusammenstellen. Zwar wird durch die einfachen Umschlingungen der Tod des Fötus während der Schwangerschaft nur ganz ausnahmsweise

herbeigeführt, doch sind einige Fälle in der Literatur zu finden, in denen die Nabelschnur so fest um den Hals geschnürt war, daß der Tod eintreten mußte.

Während es sich bei all diesen mehr oder weniger ausgeprägten Verunstaltungen um ein- bis mehrmalige einfache Umschlingungen der mitunter sehr langen Nabelschnur handelte, sind Abschnürungen durch wahre Nabelschnurknoten so gut wie gar nicht bekannt geworden.

Der wahre Knoten der Nabelschnur ist schon an und für sich ein recht seltenes Ereignis. Hecker schätzt nach seinem Materiale sein Vorkommen auf 1 : 247 ein. Elsässer und Spiegelberg geben ungefähr 1 : 200 als Verhältniszahl an. Was den wahren Knoten im Verhältnis zu dem Lebensalter der beteiligten Frucht angeht, so kommen in der Heckerschen Statistik, der 83 wahre Knoten zugrunde gelegt waren, 73 bei reifen und 9 bei nahezu reifen Kindern zur Beobachtung. Nur einmal wurde ein wahrer Knoten bei einem 250 g schweren Fötus beobachtet. Daraus erhellt ohne weiteres die große Seltenheit dieser Komplikation namentlich in frühen Monaten. Wenn man bedenkt, daß die wahren Nabelschnurknoten im allgemeinen dadurch entstehen, daß der Fötus infolge aktiver Bewegungen durch eine Schlinge der langen Nabelschnur schlüpft und diese sich später zuzieht, so kann man sich nicht genug wundern, daß dies im vorliegenden Falle möglich gewesen ist, wo die Nabelschnur doch nur die Länge des Fötus, d. h. 11 cm, gehabt hat. Die einzige hypothetische Erklärungsmöglichkeit ist die, daß es schon in ganz frühen Schwangerschaftswochen zur Knotenbildung gekommen sein muß.

Was im besonderen die Entstehung der Knotenbildung in der Nabelschnur betrifft, so werden hierfür weiter Erschütterungen des Körpers verantwortlich gemacht, Fall, Stoß gegen den Leib, Tanzen, heftiges Erbrechen, Husten usw.

Die Literatur der Abschnürungen durch wahre Nabelschnurknoten scheint außerordentlich spärlich zu sein, ist doch der eben erwähnte Fall Heckers der einzige, der dem Verf. zugänglich wurde. Es stellt somit obiger Fall von Abschnürung einer Extremität durch einen wahren Knoten der Nabelschnur ein Unikum der geburtshilflichen Literatur dar. Grätzer.

Arthur Hofmann (Offenburg), Über die Behandlung des Hirnprolpses mit künstlicher Höhensonne. (Zbl. f. Chir. 1916. Nr. 48.) Die gänzliche Machtlosigkeit, den Hirnprolaps zum Rückgang zu bringen, veranlaßte den Verf., bei solchen Fällen die künstliche Höhensonne anzuwenden. Er kann in kurzen Worten sagen, daß der Erfolg in zwei Fällen ein ganz überraschender war. Der allen angewandten Methoden trotzende Hirnprolaps wurde in wenigen Sitzungen zum völligen Verschwinden gebracht. Die beiden Fälle sind folgende:

Fall I. Ein 10jähriger Junge erhielt einen Steinwurf gegen die linke Schläfengegend. 3 Wochen später wurde der Pat. unter schweren Symptomen der Behandlung zugeführt. Fieber, Benommenheit, Druckpuls, Erbrechen.

Die sofortige Trepanation mit Bildung eines fünfmarkstückgroßen Lappens zwischen Schläfen- und Stirngegend ergab Verletzung der Dura und einen subkortikalen Hirnabszeß, der etwa 50 ccm Eiter enthielt. Drainage, Tamponade.

Im weiteren Verlauf bildete sich ein allmählich bis zu Faustgröße anwachsender Prolaps, der den Knochenlappen zur Seite drängte. Das Aufpressen eines Gummischwammes hatte anfänglich Erfolg. Nach 5 Tagen jedoch trat starke Sekretion und Fieber auf mit neuem Hervorquellen des Prolapses. Druckverbände mit Gazebausch hatten keinen Erfolg. Ein um Kopf und Brust angelegter Gipsverband, durch dessen Fenster über dem Prolaps Gazebäuschchen gegen denselben angepreßt und durch eine Art Extensionsverband festgehalten wurden, zeigte sich gleichfalls als erfolglos.

Zunehmender Kräfteverfall und Benommenheit mit starkem Hervorquellen des Prolapses. Nachdem Verf. eigentlich alle Hoffnung aufgegeben hatte, nahm er eine Bestrahlung mit der künstlichen Höhensonne vor. Am 1. Tage 2 Minuten lang. Die folgenden 8 Tage je 5 Minuten lang. Es war geradezu auffallend, wie schon nach der zweiten Bestrahlung der Prolaps einzusinken begann und die Allgemeinerscheinungen sich zum Besseren wendeten. Nach der achten Bestrahlung war der Prolaps eingesunken, die Sekretion hatte nahezu aufgehört und die Wunde war sauber geworden. Der Junge war wieder munter, und das Allgemeinbefinden besserte sich von da ab rasch. Auch der Knochenlappen kehrte wieder an seine ursprüngliche Stelle zurück.

Heute, nach 1 Jahr, ist der Junge vollständig beschwerdefrei und geistig normal.

Fall II. Ein 3jähriger Junge fiel mit dem Hinterkopf auf den Zahn einer Egge, welcher den Schädel perforierte und in das Hirn drang. Am 4. Tage nach der Verletzung wurde das Kind unter hohem Fieber und großer Unruhe in das Krankenhaus gebracht.

Operation: Freilegung des Schädeldaches. Aus einem Loch von Bleistiftdicke ergießt sich Eiter und zerfallene Hirnmasse. Vergrößerung des Loches, Tamponade, Drainage. Im weiteren Verlauf stellt sich ein taubeneigroßer Hirnprolaps ein. Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne täglich 5 Minuten. Nach der zweiten Bestrahlung war der Prolaps eingesunken, nach der fünften die Wunde gereinigt.

Auf Grund dieser Beobachtungen glaubt Verf. die „künstliche Höhensonne" für die Behandlung des Hirnprolapses zur Nachprüfung warm empfehlen zu können. Grätzer.

Serog, Zerebellare Ataxie nach Diphtherie. (Aus der Nervenabteilung des Militär-Genesungsheimes in Spa.) (M. Kl. 1916. Nr. 48.) Es handelte sich um einen Soldaten, der in unmittelbarem Anschluß an eine Diphtherie ein eigenartiges Krankheitsbild darbot. Hochgradige Ataxie ohne Störungen der Motilität stand im Vordergrund. Das kommt bei Polyneuritis postdiphtherica ja vor. Aber in solchen Fällen müssen doch immer Sensibilitätsstörungen, zum mindesten Störungen der Lage- und Bewegungsempfindung vorhanden sein. Hier waren aber derartige Störungen, trotz mehrfacher genauer Untersuchungen, nie festzustellen, sowohl die Sensibilität war in allen Qualitäten völlig intakt — auch Schmerzen in den Armen oder Beinen bestanden damals nicht —, ebenso war die Bewegungsfähigkeit, grobe Kraft und elektrische Erregbarkeit aller Muskeln völlig normal. Wenn trotzdem auch einfache Bewegungen, wie Heben des Beines usw., nur unsicher und ungeschickt, und kompliziertere, wie Stehen und Gehen, überhaupt nicht möglich waren, so konnte das also nur durch Störungen im Zusammenwirken der Muskeln, durch Koordinationsstörungen bedingt sein, es war schon danach eine zerebellare Ataxie anzunehmen. Für eine solche sprach ferner auch die, besonders im Anfang, sehr starke Rumpfataxie und das Schwindelgefühl. Auch die sehr starke Hypotonie der Beine ohne Paresen und Sensibilitätsstörungen stimmte hierzu.

Die Möglichkeit einer zentralen Affektion lag übrigens auch deshalb nahe, weil sowohl die Angaben des Pat. über Hinterkopfschmerzen und Nackensteifigkeit wie auch die jetzt noch bestehende Druckschmerzhaftigkeit in der Nackengegend auf vorhergegangene meningitische Erscheinungen hinwiesen. Bezüglich der Art dieser Affektion war wohl am ehesten an eine Enzephalitis zu denken. Die Diagnose eines zerebellaren Prozesses erfuhr dann wenige Tage später eine auffallende Bestätigung dadurch, daß jetzt ein deutlicher Nystagmus, besonders beim Blick nach rechts, auftrat.

Außerdem hatte Pat. damals aber auch spinale Symptome, und zwar sowohl Reiz- wie Ausfallerscheinungen. Zu den ersteren gehörten die sehr heftigen, anfallsweise auftretenden Schmerzen, die vom Kreuz aus beiderseitig gürtelförmig nach vorn in den Leib zu ausstrahlten, offenbar Wurzelreizsymptome, zu den letzteren das Fehlen der Bauchreflexe.

Spinale Erscheinungen bei Diphtherie treten zwar an Häufigkeit gegenüber den typischen neuritischen weit zurück, sind aber doch anscheinend nicht gar so selten. Vor allem findet sich öfter Babinski. So konnte Rolleston in fast 20% der von ihm untersuchten Fälle von Diphtherie, namentlich der schweren, positiven Babinski nachweisen.

Auch die anatomische Untersuchung des Rückenmarks bei Diphtherie hat häufig dort anatomische Veränderungen, z. B. solche in den Vorderhornzellen, ergeben.

Anders steht es mit den zentralen Störungen echt diphtherischer Natur. Allerdings gibt es eine zentrale Störung, die im Gefolge der Diphtherie nicht selten auftritt, nämlich die diphtherische Hemiplegie. Diese Hemiplegie entsteht aber erst sekundär durch Gefäßveränderungen im Verlauf von schweren Herzerkrankungen, manchmal bei gleichzeitiger akuter Nephritis, und es liegen ihr meist Hirnembolien infolge von Herzthrombose, seltener Gehirnthrombose zugrunde. Es handelt sich also bei der diphtherischen Hemiplegie gar nicht um eine zerebrale „postdiphtherische" Lähmung im eigentlichen Sinne, der Zusammenhang mit der Diphtherie ist vielmehr nur ein indirekter.

Die verhältnismäßige Häufigkeit der postdiphtherischen Hemiplegie ergibt sich aus einer Statistik von Leede, der unter 300 Diphtheriefällen vier derartige Fälle fand. Auch hier bestanden stets beträchtliche Störungen von seiten des Herzens, anatomisch handelte es sich meist um Embolien. Den Zusammenhang der Hemiplegie nach Diphtherie mit Störungen von seiten des Gefäßsystems betont auch Dynkin und weist auf die Möglichkeit hin, daß sich bisweilen eine solche Hemiplegie mit echter — neuritischer — postdiphtherischer Lähmung kombinieren kann.

Sieht man also von dieser diphtherischen Hemiplegie, die nicht unter die eigentlichen zentralen diphtherischen Störungen zu rechnen ist, ab, so sind solche anscheinend recht selten. Zerebellare Störungen, wie die hier beschriebenen, scheinen bei Diphtherie bisher kaum beobachtet zu sein. enigstens findet Verf. in der Literatur nur einen einzigen hierhergehörigen Fall.

Es handelt sich in dem erwähnten Falle um ein bis dahin gesundes 4jähriges Kind, bei dem in der zweiten Woche einer Diphtherie neben psychischen Störungen eine außerordentlich hochgradige motorische und statische Ataxie auftritt, wobei weder Lähmungen noch irgendwelche Sensibilitätsstörungen vorhanden waren. Die Sprache war skandierend und hesitierend, im weiteren Verlauf der Krankheit stellte sich auch vorübergehende Blasen- und Mastdarmlähmung ein. Nach mehrmonatigem Bestand trat allmählich fast vollständige Heilung ein. Die Patellarreflexe waren anfangs gesteigert, später stets deutlich vorhanden, im Anfang bestand positiver Babinski beiderseits.

Die psychische Störung äußerte sich in der Weise, daß das Kind anfangs nicht mehr sprach, unartikulierte Schreie ausstieß und ganz stumpfsinnig erschien, später nahm es dann wieder Anteil an seiner Umgebung, war aber in seiner Stimmung noch sehr wechselnd und sehr leicht erregbar.

Die Ataxie wird nur allgemein als zentrale oder als „zerebrale“ bezeichnet. Nach der genau gegebenen Krankengeschichte ist es aber wohl fraglos, daß es sich auch dort wie in obigem Falle um eine ausgesprochen zerebellare Ataxie gehandelt hat. Bemerkenswert in dieser Beziehung erscheint zunächst der Hinweis auf eine stärkere Rumpfataxie (die Ataxie zeigte sich auch beim Aufsitzen), ferner die Tatsache, daß das ataktische Schwanken bei Augenschluß nicht zunahm, und endlich die ganze Schilderung des Ganges, insbesondere die Bemerkung, daß das Kind beim Gehen leicht aus der Gangrichtung kam.

Was die pathologisch-anatomische Grundlage des geschilderten klinischen Bildes betrifft, so nimmt der Autor eine diffuse Enzephalomyelitis an mit vorwiegender Beteiligung der Brücke des Kleinhirns und der Medulla.

Wie man sieht, besitzt der hier zitierte Fall weitgehende Ähnlichkeit mit dem Bilde, das der erste Fall anfänglich bot; nur daß die zerebellaren Störungen in diesem Falle noch viel ausgesprochener waren als in jenem, so daß völlige Abasie und Astasie bestand und ganz im Anfang sogar auch das Sitzen ohne Unterstützung unmöglich war. In beiden Fällen traten die zerebellaren Störungen akut auf und bildeten sich bald beträchtlich, später langsamer wieder zurück. Eine gewisse Gleichartigkeit besteht auch darin, daß in beiden Fällen die Psyche mitbetroffen war, wobei aber in keinem der beiden Fälle die vorübergehenden psychischen Störungen den Charakter des bei Polyneuritis häufigen Korsakowschen Symptomenkomplexes hatten.

Als Grundlage des ganzen Krankheitsbildes ist wohl auch in obigem Fall an eine diffuse Enzephalomyelitis zu denken, um so mehr, als ja hier, wie erwähnt, ausgesprochene spinale Symptome bestanden. Da später auch Erscheinungen von seiten der peripheren Nerven hinzutraten, so haben wir es hier mit dem eigenartigen Fall einer postdiphtherischen Nervenaffektion zu tun, bei der das gesamte Nervensystem betroffen war.

Das für eine Diphtherie höchst Ungewöhnliche des ganzen Symptomenkomplexes ließ auch die Frage aufwerfen, ob hier sicher ein ätiologischer Zusammenhang mit der Diphtherie bestand und diese nicht etwa bloß das auslösende Moment für einen andersartig bedingten Krankheitsprozeß dargestellt hatte, wobei vor allem an Lues zu denken war. Aber nachdem die Möglichkeit der Lues durch die Ergebnisse der Blut- und Liquoruntersuchung ausgeschaltet war, mußte man an der diphtherischen Ätiologie der Symptome um so mehr festhalten, als sie ja bei einem früher immer gänzlich nervengesunden Menschen im direkten Anschluß an eine schwere Diphtherie aufgetreten, außerdem von typischen postdiphtherischen Nervensymptomen, wie Gaumensegel- und Akkommodationslähmung, begleitet und später von polyneuritischen Erscheinungen gefolgt waren.

Noch kurz zu berühren wäre hier die Frage, ob etwa ein Zusammenhang der besonders lokalisierten und schweren Nervenaffektion mit der vorangegangenen Seruminjektion besteht. Pat. hatte ja im ganzen 8000 I.-E., also eine ziemlich große Dosis, erhalten. Man muß aber in dieser Beziehung wohl sagen, daß dafür keinerlei Anhaltspunkt vorliegt und daß alle sonstigen Erfahrungen gegen einen solchen Zusammenhang sprechen. Sicher aber bedeutsam für die Entstehung des ungewöhnlichen neurologischen Bildes ist es, daß die vorangegangene Diphtherie in ihrem ganzen klinischen Verlauf eine besonders schwere war. Dieser besonders schwere klinische Verlauf zusammen mit der folgenden eigenartigen Nervenstörung weist auf eine besondere Toxizität der Diphtheriebazillen in diesem Falle hin und legt die Frage nahe, ob nicht in solchen Fällen irgendwie besondersartige Erreger, etwa eine besondere Art von Diphtheriestämmen, eine Rolle spielen. Wenn das richtig ist und wenn einmal eine derartigen klinischen Verlaufsformen entsprechende Differenzierung von Diphtheriestämmen möglich sein sollte, so würde das vielleicht auch eine therapeutische Bedeutung für die Zukunft gewinnen können. Grätzer.

G. C. Bolten, Das klinische Bild der Epilepsie. (Mschr. f. Psych. u. Neurol. 39. 1916. H. 1.) Migräne ist, ebenso wie Epilepsie, ein Symptomenkomplex, der bei sehr verschiedenen Erkrankungen und Läsionen vorkommen kann. In der Tat sind die Ursachen von Migräne und Epilepsie qualitativ vollkommen einander gleich, während diese ursächlichen Momente nur quantitativ sich unterscheiden (in dem Sinne, daß die leichteren Formen Migräne verursachen). Pathogenetisch ist zwischen beiden Symptomen ein so inniger Zusammenhang, daß es rationell ist, die verschiedenen Arten der Migräne als eine rudimentäre Form der entsprechenden Epilepsiearten aufzufassen.

Ein Teil der Migränefälle ist, ebenso wie die genuine Epilepsie, die Folge von Hypothyreoidismus und Hypoparathyreoidismus. Diese Migränefälle stellen also in der Tat eine leichtere Form der genuinen Epilepsie dar. Diese thyreogenen Fälle der Migräne zeigen sehr gute Ergebnisse bei einer zweckmäßigen Schilddrüsentherapie (rektale Einspritzung frischen Preßsaftes).

Der Migräneanfall ist ebenso wie der epileptische Anfall sowohl eine Vergiftungserscheinung wie auch eine Nützlichkeitsreaktion des

Organismus zur Entfernung der in der Gehirnrinde angehäuften Toxine. Der Migräneanfall und der epileptische Anfall sind fast gleichwertige Entladungen. Kurt Mendel.

K. Wilmanns, Ein Beitrag zur Psychologie der Kinderaussagen vor Gericht. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen, 3. Folge, 47. 1. S. 1.) Ein 16jähriger, geistig beschränkter, aber gut gearteter Wirtssohn wird von einem 9jährigen Mädchen eines schweren Sittlichkeitsverbrechens beschuldigt. Er legt zunächst ein Geständnis ab, nimmt es aber in den späteren Vernehmungen wieder zurück. Der Verteidiger beantragt die Untersuchung des Täters auf seinen Geisteszustand. Der Sachverständige stellt eine Imbezillität mittleren Grades bei ihm fest. Er bestreitet das Vorliegen eines Zustandes gemäß § 51 StGB., hält aber die Einsicht in die Strafbarkeit der Handlung (§ 56 StGB.) bei dem Täter für ausgeschlossen. Dem Arzte gegenüber beharrt der Angeklagte auf seinen Unschuldsbeteuerungen und behauptet, sein ursprüngliches Geständnis in der Angst und Verwirrung abgegeben zu haben. Da ein solches Verhalten mit dem scheuen und befangenen Wesen des geistig beschränkten jungen Menschen wohl vereinbar erscheint, und er im übrigen einen offenen und wahrheitsliebenden Eindruck macht, so geht der Sachverständige über die ihm zugestellte Aufgabe hinaus und wirft die Frage nach der Glaubwürdigkeit der kindlichen Zeugin auf. Unter Hinweis auf die großen Widersprüche in ihren Angaben vor dem Gendarmen und Richter gibt der Sachverständige der Vermutung Ausdruck, daß die Behauptungen des Kindes völlig aus der Luft gegriffen seien. Diese Vermutung findet eine starke Stütze in den Aussagen der Lehrer und Erzieher der Zeugin, wonach es ein lügnerisches, verleumderisches und sich gern wichtig tuendes Mädchen ist, das in sexuellen Dingen Erfahrung hat. Das Gericht schließt sich den Ausführungen des Sachverständigen an.

Von Interesse ist die Nachgeschichte des Falles: 7 Jahre nach dem Prozeß stellte Verf. weitere Nachforschungen an über das Schicksal des damaligen Angeklagten und der Belastungszeugin. Ersterer steht geistig auf derselben Stufe wie damals. Jedoch wurde bei ihm plötzlich ein Heldentenor von hervorragender Stimmfülle entdeckt, und er wirkt als solcher zurzeit an hervorragender Stelle und hat eine ausgezeichnete Laufbahn vor sich. Die Belastungszeugin wie ihre Eltern genießen einen sehr schlechten Ruf. Sie selbst soll in eine Besserungsanstalt gebracht werden.

Kurt Boas.

A. Kirsch, Alkohol und Kindersterblichkeit. (Internat. Mschr. f. Erforsch. u. Bekämpf. d. Trinksitten. 24. Nr. 9 und 10.) Verf. untersuchte 230 Familien eines salzburgischen Dorfes mit 805 Einwohnern, deren Gasthofverbrauch an Bier pro Jahr 209 l betrug, in bezug auf deren Nachkommenschaft. Im ganzen gingen 675 männliche und 653 weibliche Kinder aus 208 Ehen hervor. 22 Ehen waren steril. Die Trinkerfamilien wiesen die größte Zahl unfruchtbarer Ehen auf, nämlich 14,29 %, ebenso die stärkste Säuglingssterblichkeit. Kurt Boas.

W. Gfrörer, Zum Einflusse der Schädelimpression auf den Neugeborenen und seine körperliche und geistige Entwicklung. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg.) (Zschr. f. Geburtshilfe u. Gyn. 75. H. 1.) Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis, der unkomplizierten Schädelimpression des Neugeborenen jeglichen Einfluß auf dessen spätere körperliche und geistige Entwicklung abzusprechen. Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

J. Dubs, Zur Pathologie des persistierenden Ductus omphalo-entericus. (Aus dem Kantonsspital in Winterthur.) (Schweiz. Korr.-Bl. 1916. Nr. 45.) Es werden geschildert:

1. Ein Fall von angeborener Dottergangsfistel mit Darmvorfall. Der Darmprolaps ist dabei so zustande gekommen, daß der behandelnde Arzt die prolabierte Schleimhaut des Dotterganges für ein Granulom hielt, das er durch Ligatur abtragen wollte.

2. Ein Fall von Dottergangszyste, wie sie in der Literatur nur in vereinzelten Beobachtungen beschrieben ist.

Fritzli B., 2 Jahre alt, von V. Bei dem 2jährigen, für sein Alter recht gut entwickelten, gesund aussehenden Knaben fiel seit längerer Zeit eine Vorwölbung in der Nabelgegend auf, die beim Husten angeblich größer geworden sei. In den letzten Wochen soll die Geschwulst rasch gewachsen sein, so daß der erstbehandelnde Arzt an „Sarkom der Nabelgegend“ dachte und den kleinen Pat. Herrn Direktor Stierlin zuwies. Abgang von Urin oder Stuhl aus dem Nabel sei nie beobachtet worden.

Befund: Am Nabel des sonst gesunden Jungen eine gut taubeneigroße Prominenz, von normaler, aber dünner Nabelhaut überzogen, ziemlich prall gespannt, beim Pressen und Schreien sich nicht vergrößernd, aber auch nicht reponibel, deutlich fluktuierend.

Daraus wird auf Hernia umbilicalis cystica geschlossen. Bei der Operation zeigte sich nun folgendes:

Der Nabel wird nach Spitzy umschnitten. Sobald man nun die fibröse Hülle der fraglichen Nabelgeschwulst, die mit einem kurzen, derben Strang an der Nabelhaut befestigt ist, trennt, entleert sich eine reichliche Menge gelblichtrüber, etwas schleimiger Flüssigkeit, und es präsentiert sich eine geräumige, weit über hühnereigroße Höhle, deren Wand von einer zarten, etwas atrophisch aussehenden Schleimhaut ausgekleidet ist, die in ihrem Aussehen an Darmschleimhaut erinnert. Wulstiger und dicker wird der Schleimhautbesatz am Grunde des Hohlraumes; er bildet dort eine eigentliche Rosette mit einem kleinen Grübchen in der Mitte. Es gelingt aber auch mit feinen Sonden nicht, in einen Kanal hineinzukommen; die Zyste ist auch gegen die Tiefe hin vollkommen geschlossen und steht mit dem Bauchinnern in keinerlei Verbindung. Durch die Zystenwand hindurch wird nun auf das Peritoneum eingeschnitten, und so entsteht das Bild, das die beigefügte Skizze verdeutlicht.

Die Zyste ist an ihrem Grunde durch einen schmalen, derben Strang mit einer Ileumschlinge verbunden, da, wo diese gegenüber ihrem Mesenterialansatz eine Ausbuchtung zeigt. Ebenso ist die — auch gegen die Nabelhaut vollkommen geschlossene — Zyste mit dieser durch eine ganz kurze, derbe, bindegewebige Brücke verbunden (die obliterierten Art. und Vena omphalo-enter., das Lig. terminale).

Das ganze Gebilde (Zyste + obliterierter Strang + Divertikel) wird abgetragen da, wo es sich an den Darm ansetzt; der entstehende Defekt mit doppelter Nahtreihe geschlossen. Dann vernäht man das Bauchfell und den Nabelring. Ungestörter Heilungsverlauf.

Die mikroskopische Untersuchung der Zystenwand konnte leider aus

äußeren Gründen nicht gemacht werden; auch eine bakteriologische Prüfung des Zysteninhaltes unterblieb.

Pat. V. Walter, 4 Wochen alt, von V. Nach dem Abfallen der Nabelschnur sei am Nabel ein „kurzer roter Zapfen" geblieben. Der behandelnde Arzt hat diesen roten Zapfen für ein Nabelgranulom gehalten und abgebunden. Die Ligatur schnitt durch, und bei einem Preßakt sei nun plötzlich vor dem Nabel ein großes, rotes, wurstförmiges Gebilde erschienen, worauf der Arzt die sofortige Überführung des Kleinen als Notfall in das Kantonsspital anordnete. Darminhalt hat sich aus dem „Nabelschnurrest" bisher nie entleert gehabt.

Befund: In der Nabelgegend findet sich mitten auf dem Bauch ein quer zur Medianlinie gelegenes, wurstförmiges Gebilde, das in der Mitte durch einen dünnen Stiel nach dem Nabelring verläuft. Die Farbe ist dunkel- bis blaurot; die Oberfläche samtartig, nicht spiegelnd, schleimig. Stellenweise sieht man deutlich kleine Partikelchen Darminhalt. Die Länge der querliegenden Geschwulst beträgt etwa 15—20 cm. An beiden etwas hornartig gestalteten Enden findet sich je eine Öffnung, durch die eine eingeführte Sonde in das Bauchinnere verschwindet. Der Stiel, durch den die wurstförmige Geschwulst mit dem Nabelring zusammenhängt, ist etwa 6 cm lang. Die Verbindungslinie der beiden „Endhörner" ist in der Stielgegend leicht konkav ausgebuchtet.

Aus diesem Befunde und der Anamnese wird die Diagnose auf Darmprolaps nach — vom Arzte eröffneter — Dottergangsfistel gestellt.

Sofortige Operation. Ober- und unterhalb des Nabels werden die Bauchdecken etwas gespalten, dann wird der Nabel umschnitten und seitlich das Peritoneum eröffnet. Hierbei erfolgt — da bei dem sehr elenden Kind von Chloroform nur sehr sparsamer Gebrauch gemacht wird — durch einen Hustenstoß ein starker Prolaps von Dünndarmschlingen; sie werden sofort in dünne Kochsalzkompressen gehüllt und bleiben einstweilen ruhig liegen. Es gelingt nun leicht, die nach dem Nabelring führende Dünndarmschlinge zu finden und durch sanften Zug die ganze invertierte Partie zurückzustülpen, so daß schließlich nur ein bleistiftgroßes Loch mit wulstigem Schleimhautrande in einer Ileumschlinge dem Mesenterialansatz genau gegenüber übrig bleibt. Die ausgestülpt gewesene Darmpartie ist blaurot verfärbt, ist aber zweifellos ernährt und erholt sich gut trotz eines Längsrisses im Gekröse, den man mit zwei Knopfnähten schließt.

Der Sitz des persistierenden Ductus omphalo-entericus ist etwa 20 cm oberhalb der Bauhinschen Klappe; das Dünndarmstück ist bis fast dahin invertiert gewesen. Die Darmwandöffnung wird in der Längsrichtung mit Nähten in zwei Etagen geschlossen. Dann wird vorsichtig das ganze Dünndarmkonvolut reponiert und endlich die Nabelöffnung in mehreren Etagen solide verschlossen.

Das Kind ist bis jetzt gestillt worden; es wird daher die Mutter des Kleinen ebenfalls im Spital aufgenommen.

Im Laufe des Tages einigemal Erbrechen; gegen Abend trinkt das Kind gut und sieht ganz ordentlich aus.

Im Laufe des folgenden Tages bei gutem Puls, normaler Temperatur und weichem Abdomen einigemal Erbrechen, aber auch zweimal Stuhl.

In den folgenden Tagen bildete sich unter Temperaturanstieg bis 39° ein kleiner Bauchdeckenabszeß, nach dessen Eröffnung bald völliges Wohlbefinden des kleinen Pat. eintrat.

Pat. wird bei sehr gutem Ernährungszustand 14 Tage nach der Aufnahme geheilt entlassen.

Anderweitige Mißbildungen konnten bei dem kleinen Knaben nie festgestellt werden.

Aus der ihm zugänglichen Literatur der letzten 30 Jahre hat Verf. noch zwei Fälle finden können, bei denen gleichfalls durch einen ärztlichen Irrtum in der Diagnose und dementsprechend falsches therapeutisches Vorgehen ein Darmprolaps aus einer nicht erkannten Dottergangsfistel heraus erfolgte.

Löwenstein berichtet von einem Kind, dem am 11. Tage post partum die Nabelschnur abgefallen war. Es blieb ein vom Nabel vorragender, $1^1/_2$ cm hoher, roter, zylindrischer Wulst. Sofort nach

Abtragung dieser Geschwulst, die für ein Granulom angesehen wurde, prolabierte eine Dünndarmschlinge; die Eventeration nahm rasch größeren Umfang an. An einer Stelle des Dünndarmes, gegenüber dem Mesenterialansatz, fand sich ein rundes Loch von 6 mm Durchmesser, das direkt ins Darminnere führte. Vernähung des Loches im Darm und Reposition der ganzen vorgefallenen Darmpartie, was nur sehr schwer und erst nach Erweiterung der Bauchwunde gelang. Vernähung der Austrittspforte. Heilung.

Karewski berichtete in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins 1897 kurz über einen Fall von Dottergangsfistel, der als „Nabelrest“ von einem Arzte abgebunden war. Es entwickelte sich ein kolossaler Darmprolaps mit Intussuszeption. Tod, trotz Darmresektion.

Die Prognose des Darmprolapses aus einer Dottergangsfistel ist eine sehr ernste. Sträter konnte 1904 sechs solche Fälle zusammenstellen, die alle letal ausgingen. Dazu kommt ein Fall von Subbotic, der ebenfalls mit dem Tod des Kindes endete. Bis 1904 ist nach Sträter einzig der Fall Briddons durchgekommen. Dazu gesellt sich zum Fall Löwenstein obiger mit Erfolg operierte Patient. Weitere Beobachtungen hat Verf. in der ihm zugänglichen Literatur keine mehr gefunden. Jedenfalls bleibt also die operative Heilung bei einmal eingetretenem Darmvorfall und Evagination ein äußerst seltenes Ereignis.

Daraus ergibt sich von selbst die Wichtigkeit der Diagnose und Therapie der Dottergangsfistel.

Für den erstbehandelnden Arzt handelt es sich darum, die Differentialdiagnose zwischen dem immer vorhandenen kleinen Schleimhautprolaps einer Dottergangsfistel, einem Enteroteratom (Kolaczek) = Nabeldottergangsdivertikel und einem Nabelgranulom sicherzustellen.

Das ist sehr einfach, wenn sich der Arzt zur Pflicht macht, jede „nicht heilende Nabelwunde“ mit der Sonde zu untersuchen, und sich die folgenden Punkte gegenwärtig hält:

1. Bei dem kleinen Geschwülstchen, das der teilweise Schleimhautprolaps der Dottergangsfistel vortäuscht, befindet sich auf der Höhe immer eine kleine Öffnung, durch die eine eingeführte Sonde gegen das Bauchinnere zu verschwindet. Das ist weder beim Enteroteratom (Nabeldottergangsdivertikel) noch beim Granulom der Fall. Da die Schleimhaut am Nabelring unmittelbar in die Bauchhaut übergeht, dringt die Sonde um die Geschwulst herum nicht in den Nabelring ein.

Der Austritt von Darmgasen oder kleinen Kotpartikelchen ist ebenfalls wichtig, da sonst auch mit der Möglichkeit eines offenen Urachus zu rechnen ist. Durch eine Nabelschnurligatur, die durch einen nicht beachteten Nabelschnurbruch gelegt wird, kann ein widernatürlicher Nabelafter entstehen. Die Unterscheidung zwischen diesem Anus ex omphalo und der Dottergangsfistel kann nicht schwerer sein als zwischen jedem anderen Anus praeternaturalis und einer Kotfistel.

2. Das Nabelgranulom (Sarkomphalos, Fungus umbil.) eine durch verzögerte Wundheilung und gesteigerte Sekretion bedingte, kleine Granulationsgeschwulst am Nabel mit leicht höckeriger Oberfläche und fast immer mit eitrigem Sekret bedeckt, hat keine Fistelöffnung.

3. Das Enteroteratom, in seiner äußeren Form sonst dem Granulom sehr ähnlich, hat glatte Oberfläche und ist mit weißlichem, klebrigem Schleim, aber nicht mit eitrigem Sekret bedeckt. Auch hier keine Fistelöffnung.

In dubio soll also ein granulomähnliches Gebilde am Nabel, das in der Mitte eine Fistelöffnung trägt, den Arzt sofort veranlassen, die richtige Therapie einzuleiten.

Es ist früher versucht worden, durch Anfrischung und Naht der Ränder, durch Ätzung und Heftpflasterkompression, durch Kaustik, durch Abbinden die Dottergangsfistel zum Obliterieren zu bringen — immer ohne bleibenden oder sogar mit sehr schlechtem Erfolg. Angesichts der Gefahr des Darmprolapses bei der Dottergangsfistel, der auch bei operativem Vorgehen eine erschreckend hohe, fast absolute Mortalität hat, in Anbetracht der großen Gefahren, die auch ein fast total zurückgebildeter Dottergang als Meckelsches Divertikel seinem Träger noch in späteren Jahren bringen kann (Darmverschluß, Diverticulitis usw.), ist von vornherein ein radikales Vorgehen bei der Behandlung der Dottergangsfistel angezeigt. Es kann nur in der radikalen operativen Entfernung des persistierenden Ductus omphalo-entericus bestehen.

Barth war der erste, der diese Idee 1887 erwog; Alsberg hat sie erstmals 1888 — freilich mit letalem Ausgang — ausgeführt. Nach ihm haben aber dann Broca, gleichzeitig und unabhängig von ihm Stierlin, nachher Körte, Kehr, Hubbard und eine ganze Reihe weiterer Operateure durch vollständig guten Heilungserfolg die Berechtigung der operativen Radikaloperation zur Genüge erwiesen. Sträter stellte 1904 unter 22 derart behandelten Patienten nur 3 Todesfälle fest, die sich allesamt auf grobe Fehler der Indikationsstellung oder der Technik zurückführen lassen. Auch die neuesten Erfahrungen sind durchaus günstige — trotzdem ja die Operation a priori bei so jugendlichen Patienten nicht unbedenklich erscheinen könnte.

Sie besteht im wesentlichen in Spaltung des Nabelringes durch einen ober- und unterhalb desselben geführten kleinen Längsschnitt. Dann wird der umgeschlagene Rand des Vorfalls ringsum vom Nabel freipräpariert; unter stetigem Anziehen der kleinen Geschwulst wird der ganze Darmanhang mit der zugehörigen Darmschlinge vor den abel gebracht. Der Dottergang wird am Darm abgetragen, das Loch im Darm vernäht, letzterer versenkt. Darüber Schluß des Nabelringes.

Bei stärkerem Darmprolaps — wie er auch in obigem Falle bestand — muß nach Umschneidung des Nabels die Bauchhöhle eröffnet werden, worauf von rückwärts her die Operation vollendet werden kann, wie bei der einfachen Dottergangsfistel.

Der Arzt darf deshalb bei richtig gestellter Diagnose mit bestem Gewissen zur operativen Entfernung des persistierenden Dotterganges raten; nur so bleibt der Träger desselben vor späteren schweren Gefahren bewahrt. Grätzer.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Krieser: **Gute kosmetische Resultate nach Tracheotomien.** Eine Luftröhrenfistel erweist dem Kranken momentan zwar einen lebensrettenden, in seinen Augen jedoch nur vorübergehenden Dienst, dessen Spur lebenslänglich die Eitelkeit des Trägers bzw. der Trägerin stört. Soweit es ohne Benachteiligung der Sicherheit und Geschwindigkeit der Operation geschehen kann, mag auch der Arzt ein gewisses Mißverhältnis anerkennen und auf die Erzielung guter kosmetischer Resultate bedacht sein. Der Hautschnitt wird in der Längsrichtung in der $1^1/_2$—2fachen Größe der zu verwendenden Kanüle an derjenigen Stelle oberhalb oder unterhalb des Schilddrüsenisthmus angelegt, wo man die Luftröhre möglichst nahe der Oberfläche tastet. Das irrtümliche Verziehen der Haut bei der Inzision erschwert den Eingriff sehr, wenn man sich nicht zur Verlängerung des Schnittes entschließen will. Dieser Fehler ist daher für das kosmetische Resultat nicht bedeutungslos. Dem Hautschnitt folgt ein einfacher technischer Kunstgriff, der die Anwendung der kleinen Schnitte ermöglicht. Er besteht darin, daß man das subkutane Fett, welches die Übersicht behindert, in solcher Ausdehnung exzidiert, bis kein Fettträubchen mehr das Gesichtsfeld einengt. Man führt das in der Weise aus, daß man mit der chirurgischen Pinzette das subkutane Fettgewebe anzieht und längs der Hautränder abträgt. Man braucht dabei nicht zu befürchten, daß man die oberflächlichen Venen eröffnet, da dieselben in die straffe Faszie eingewebt sind und dem Zuge nicht Folge leisten. Die einzige Vorsicht, die man beobachten muß, besteht darin, daß man bei der Exzision der Fettträubchen die Wundränder seitlich nicht einkerbt. Sobald dieser Akt der Operation ausgeführt ist, sieht man, daß die Hautöffnung die Neigung hat, eine rundliche Form anzunehmen, und bei ganz kleinen Kindern und fettarmen Hälsen, wo die Trachea fast unter der Haut liegt, umschließt der Hautrand knapp die Kanüle. Nunmehr sieht man die oberflächliche Faszie mit zwei in der Längsrichtung verlaufenden Venen deutlich vor Augen. Unter Schonung der Venen inzidiert man in der Längsrichtung in voller Ausdehnung des Hautschnittes, denn die straffe Faszie leistet dem stumpfen Auseinanderdrängen, besonders an dem unteren Rande, einen erheblichen Widerstand. Gewöhnlich liegt an diesem Umstande die Verengung des Gesichtsfeldes, nicht an der Kleinheit der Hautwunde, die sich mit Leichtigkeit verziehen läßt. Nunmehr werden die kurzen Halsmuskeln in der üblichen Weise stumpf auseinandergedrängt und mit kleinen Häkchen ein wenig zur Seite gezogen. Ein zu star.es Beiseiteziehen ist zwecklos, da es den Platz in der Längsrichtung verengt. Ferner beachte man, daß man beim Einsetzen der Häkchen die Trachea nicht mit beiseite zieht. Auch im weiteren Verlaufe der Operation ist man völlig auf die Leitung des Auges angewiesen, da der kleine Schnitt die Einführung selbst des kleinen Fingers zur Orientierung nicht gestatten soll. Das Interstitium oberhalb oder unterhalb des Isthmus sieht man bei einiger Übung ebenso gut wie bei einem großen Schnitt, und man findet die unmittelbar dahinter gelegene Trachea leicht, wenn man sie, besonders bei der unteren Tracheotomie, nicht zu weit abwärts sucht, wo sie sich rasch in die Tiefe senkt. Somit verursacht nur der kurze Augenblick, in welchem das Fettgewebe in der geschilderten Weise entfernt wird, eine Zeitversäumnis, während im übrigen weder die Sicherheit noch die Geschwindigkeit durch den kleinen Schnitt beeinträchtigt wird. Es wird dies vor allem dadurch bewiesen, daß selbst bei schwerster Atmungsinsuffizienz in dieser Weise vorgegangen wurde, ohne daß nur ein einziger Todesfall während der Operation stattfand. Auch sonst ist kein Nachteil der kleinen Schnitte beobachtet worden, wie z. B. das Auftreten eines Hautemphysems infolge des engen Wundkanales. Die Sekretion ist geringer, die Heilung rascher als sonst, da die Abstoßung des sich leicht infizierenden und nekrotisch werdenden subkutanen

Fettes fortfällt. Sollte sich bei der Operation irgendeine Komplikaticn ereignen, wie z. B. das Auftreten einer stärkeren Blutung, so kann man sich durch Verlängerung des Schnittes leicht helfen.

(Med. Gesellschaft zu Leipzig, 11. Juli 1916.)

R. Hahn: **Familiäre Lues.** Eine Frau war mit ihren beiden Kindern allem Anschein nach durch den auf Urlaub befindlichen Mann bzw. Vater mit Lues infiziert. Die Diagnose wurde zuerst bei den Kindern wegen ihres eigenartigen Haarausfalls (Alopecia luetica) gestellt. Außer sehr stark vergrößerten, etwas grauweiß verfärbten Tonsillen wurden keine Zeichen von Lues gefunden, desgleichen kein Primäraffekt. Doch deuteten die geschwollenen Kiefer- und Halsdrüsen auf eine Infektion im Munde, eventuell der Tonsillen selbst. Die Mutter zeigte knopfförmige breite Kondylome an den Genitalien. Im Anschluß daran demonstriert Vortr. zwei andere Fälle von Alopecia luetica bei Erwachsenen, vergesellschaftet mit einseitiger Iritis luetica in beiden Fällen. Zum Schluß berührt Vortr. die Wichtigkeit auch anscheinend unscheinbarer Symptome wegen der großen Gefahr der Familieninfektion und weist kurz auf die Tätigkeit der Fürsorgestelle der Landesversicherungsanstalt hin, deren Arbeit als grundlegend für die Errichtung der vom Reichsversicherungsamt für das gesamte Reich vorgesehenen Fürsorgestelle gegolten hat.

Urban: **Gangrän der Hand nach einfachen Knochenbrüchen.** Ein 3jähriges Kind bricht das linke Schlüsselbein durch Fall von der Treppe, indirekter Bruch ohne nennenswerte Verschiebung. Velpeauscher Verband. Nach 7 Tagen Aufnahme ins Marienkrankenhaus mit völlig abgestorbener Hand und Vorderarm. Amputation am Oberarm. Ein 8jähriger Knabe bricht den linken Oberarm unmittelbar oberhalb des Ellbogengelenkes durch Fall auf die ausgestreckte Hand. An demselben Tage wattierter Gipsverband. Ödem der Hand. Am nächsten Morgen wird der Gipsverband in der ganzen Länge aufgeschnitten. Nach 5 Tagen Aufnahme ins Marienkrankenhaus mit Nekrose der Hand. In beiden Fällen fanden sich keinerlei Zeichen von Druck des Verbandes, der vielfach als Ursache für die Nekrose angeschuldigt wird. Im zweiten Falle muß die Schwere der Verletzung mit Zerreißung der A. cubitalis und zahlreicher Kollateralen und die ungewöhnlich starke Schwellung und pralle Härte der Weichteile als Ursache der Nekrose angenommen werden. Im ersten Falle ist als wahrscheinlich eine Thrombose der A. axillaris infolge der Zerreißung der Intima der A. subclavia anzunehmen, indem die Arterie zwischen Schlüsselbein und linker Rippe gequetscht war.

Haenisch: **Röntgenbefunde.** 12 Jahre altes Mädchen ist tags zuvor beim Turnen mit dem linken Knie gegen eine Sprossenleiter geschlagen. Der Fall wird dem Vortr. mit Verdacht auf Fraktur des Condylus femoris intern. zur Untersuchung geschickt. Es findet sich eine knochenharte, tiefliegende, ovale Resistenz oberhalb des medialen Kondylus, die bei Druck schmerzhaft ist. Eine Kondylusfraktur ist wohl auszuschließen, da die Schmerzhaftigkeit besonders in Ruhe zu gering, das Kniegelenk frei ist usw. Der Tumor macht den Eindruck einer Exostose, wegen der Schmerzhaftigkeit ist im Hinblick auf das Trauma auch an ein prallgefülltes, tiefliegendes Hämatom zu denken. Der Röntgenbefund zeigt nun zunächst, daß es sich um eine gestielte kartilaginäre Exostose handelt, die, langgestreckt, von der Epiphysenlinie aus aufwärts, neben dem Femur liegt. Des weiteren aber findet sich, was bis jetzt gesehen zu haben, Vortr. sich nicht entsinnt, eine Fraktur im Stiel der Exostose, die bei dem Trauma entstanden ist. — 7jähriges Mädchen wird dem Vortr. zur Untersuchung der Wirbelsäule überwiesen. Der Großmutter war eine bis dahin unbeachtete Vorwölbung der unteren Wirbelsäule aufgefallen. Der konsultierte Arzt konnte sich von einer Erkrankung der Wirbelsäule nicht überzeugen. Im Sitzen erscheint die Lendenwirbelsäule etwas vorgewölbt, keine Druckschmerzhaftigkeit, kein Stauchungsschmerz usw. Als Vortr. die Patientin zur rein frontalen Aufnahme rein seitlich legte und die Wirbelsäule streckte, fiel ihm eine lordosenartige Einsenkung der untersten Brustwirbelsäule auf. Die Aufnahme zeigt nun, daß die Processus spinosi des 11. und 12. Brustwirbels vollkommen fehlen, während die Processus spinosi der oberen Brustwirbelkörper und der Lendenwirbelsäule gut ausgebildet sind. Die daraufhin gemachte Sagittalaufnahme klärte den Fall restlos auf. Hier sieht man, daß am 11. und 12. Brustwirbel die Bögen nicht zur vollkommenen Vereinigung gekommen sind. Es besteht ein schmaler Spalt in der Mittellinie. Die

Processus spinosi sind gar nicht gebildet. Es handelt sich also um den geringsten Grad einer partiellen, als Rhachischisis bezeichneten Hemmungsmißbildung. Zu einer Spina bifida-Bildung ist es bei dem schmalen Spalt nicht gekommen, auch sonst fehlen alle äußeren Zeichen der Mißbildung.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 4. April 1916.)

III. Therapeutische Notizen.[1])

Die Behandlung des Keuchhustens. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Peiper in Greifswald. Die Zahl der gegen Keuchhusten empfohlenen Medikamente ist ungeheuer. Die jedem dieser Mittel nachgerühmten „sicheren" Erfolge beruhen auf Irrtümern. Bisher gibt es bestimmt kein „Spezifikum" gegen Keuchhusten. Am ehesten kann man im Frühstadium dem Chinin und seinen Derivaten noch eine gewisse Beeinflussung der Krankheit nachrühmen durch Minderung und Milderung der Anfälle. Es gibt aber Fälle genug, bei denen auch dieses Mittel versagt. Wählt man das Chininum muriaticum, so wird dieses in der Dosis von 0,05 für das erste, 0,1 für das zweite, 0,2 für das dritte, 0,3 für die folgenden Jahre 3mal täglich in Pulverform oder in Form der Gelatineperlen oder Schokoladenplätzchen gegeben. Nötigenfalls kann das Chinin auch in Suppositorienform appliziert werden. Im allgemeinen sind Säuglinge gegen den bitteren Geschmack, auf den ältere Kinder überhaupt nicht aufmerksam zu machen sind, wenig empfindlich. Sehr gern wählt Verf. das Chininum tannicum wegen seiner Geschmacklosigkeit; es enthält aber nur 25% Chinin und ist daher in 3fach stärkerer Dosis als das vorige Präparat zu geben. An Stelle des Chinins kann auch das nicht bittere Euchinin, und zwar in so viel Dezigrammen, als das Kind Jahre zählt, 3mal täglich gegeben werden. Das Chinin verordnet man 7—10 Tage hindurch, dann, wenn erforderlich, nach einer 8—10tägigen Pause abermals in derselben Dosis. Auch Antipyrin (0,1—0,5) und Aristochin (0,1—0,3) 3mal täglich wird empfohlen. Vielfach wird das Chinin oder andere Medikamente, wie pulverisierte Borsäure, Resina benzoës, Natrium sozojodolicum u. a., durch Einstäubungen auf die Kehlkopfschleimhaut appliziert, ohne daß man bei objektiver Prüfung einen besonderen Erfolg erzielen kann. Den Einblasungen folgt meist ein starker Anfall mit Expektoration, auf die für eine gewisse Zeit Ruhe eintritt. Beruhigend wirken oft Inhalationen, zu denen Verf. 1%ige Natriumbromatlösungen verwendet. Nehmen die Anfälle an Heftigkeit zu, so müssen wir uns zur vorsichtigen Anwendung narkotischer Mittel entschließen, sofern nicht ernstere Lungenkomplikationen vorliegen. Von den Narkoticis bewährt sich das Bromoform, von dem man ½jährigen Säuglingen 1—2 Tropfen, älteren 2—4 Tropfen, 2—4jährigen Kindern 3—4 Tropfen 3mal täglich in Wasser gibt. Die Mutter muß auf die sorgfältige Abzählung der Tropfen aufmerksam gemacht werden. Bromoform ist nicht bei leerem Magen zu verabfolgen. Bei einiger Vorsicht lassen sich Intoxikationen sicher vermeiden. Auch das Atropin erweist sich als ziemlich zuverlässig (Rp. Atrop. sulf. 0,003 : 10 Aqu. dest. DS. 2mal täglich 1—5 Tropfen) oder Belladonnaextrakt (Rp. Extr. Bellad. 0,03—0,1 : 10,0 Aqu. Foeniculi DS. 2—3mal täglich 5, 10—15 Tropfen). Bei heftigen Anfällen gibt man Chloralhydrat (1,0—5,0 : 100,0 Aqu. dest. DS. 2—3mal täglich 10 ccm), das von den Kindern meist gut vertragen wird. Auch das Morphium ist in solchen bedrohlichen Fällen unter Vorsicht anzuwenden; bei Säuglingen 2—3mal ¼ mg, bei älteren Kindern ½—1 mg täglich, oder Codein 1—2 mg bei 1jährigen, 2—3 mg für ältere Kinder. (D. m. W. 1916. Nr. 10.)

Eine neue Behandlungsmethode des Keuchhustens. Von Prof. R. Kraus. (Aus dem Bakteriologischen Institut des Departemento Nacional de Higiene in Buenos Aires.) Verf. suchte im Sputum das Mittel zur Behandlung; er nahm an, daß im Sputum der hypothetische Erreger sein müsse und daß außerdem Eiweißkörper des Sputums die Krankheit beeinflussen könnten. Zu diesem Zwecke wurde Sputum der Keuchhustenkinder, womöglich steril, gesammelt, und nachdem man sich davon überzeugt hatte, daß keine Tuberkelbazillen (mikroskopisch, Antiforminverfahren, Tierversuch) vorhanden seien, wurde das

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.

Sputum in gleicher Weise, wie wir es mit den Bakterien machen, verarbeitet. Das Sputum wird gewaschen, nachher mit Äther versetzt und in Flaschen 3 bis 4 Tage lang auf der Schüttelmaschine geschüttelt. Nachher wird der Äther verdampft und das hämogenisierte Sputum, nachdem es auf seine Sterilität in Nährböden und Tierkörpern geprüft wurde, in Fläschchen zu 1 ccm verfüllt. Dieses Präparat wird Kindern subkutan in Abständen von 2—3 Tagen in Mengen von 1—3 ccm injiziert. Diese Methode wurde in drei Spitälern studiert. Verf. möchte resümierend das Urteil der Kliniker dahin zusammenfassen, daß das Mittel in erster Linie absolut unschädlich ist, weder lokal noch allgemein Reaktionen auslöst. In einzelnen Fällen bloß konstatiert man lokale Schmerzhaftigkeit und eine vorübergehende Temperatursteigerung. In vielen Fällen, welche in verschiedenen Stadien der Krankheit in Behandlung kamen, ist insofern bereits nach der 1. und 2. Injektion eine Änderung des Krankheitsbildes zu konstatieren, als die Zahl der Anfälle abnimmt, die Dauer kürzer ist und der Charakter derselben sich ändert. Das Erbrechen, welches vorher bestanden hat, hört auf, und auch der Auswurf wird gering, schleimig und verschwindet bald gänzlich. Durch die weitere Behandlung werden die Anfälle derart geändert, daß der Husten nur mehr einen katarrhalischen Charakter hat. In sehr vielen Fällen hört nach 10—14 Tagen auch der katarrhalische Husten auf, so daß die Krankheit wesentlich abgekürzt wird. (D. m. W. 1916. Nr. 10.)

Über die Behandlung von Durchfällen bei Kindern mit basisch gerbsaurem Kalk. Von Dr. Eugenie Steckelmacher. (Aus der Heidelberger Kinderklinik.) Das Mittel, 85,6% Gerbsäure und 14,4% CaO enthaltend, ein graubraunes, in Wasser unlösliches Pulver, wurde bei Säuglingen zu 1—2 g, bei älteren Kindern bis 2,5 g pro die bei 36 Fällen angewandt (meist pulverisierte Tabletten zu 0,5 g, der Nahrung beigemischt), stets anstandslos eingenommen und als völlig unschädlich erkannt. Eine spezielle diätetische Behandlung wurde unterlassen, also z. B. dyspeptische Säuglinge unter der üblichen Halbmilch-Schleimnahrung belassen. Trotzdem meist sehr prompter Erfolg. Ausgezeichnet reagierten einige parenterale und Entwöhnungsdyspepsien von Brustkindern. Auch bei Kindern jenseits des 1. Lebensjahres wurde oft die günstige Wirkung konstatiert. Prompt wirkte das Mittel bei 2 Fällen von Colica mucosa, und auch bei 5 Fällen von dysenterieformen Enterokolitiden wurde in kurzer Zeit durchgreifende Besserung erzielt (hier allerdings daneben auch diätetische Behandlung).
(Ther. d. Gegenw. 1916. Nr. 4.)

Jodnatrium als Prophylaktikum gegen Scharlach gab Dr. K. Lossen, als Scharlach ins Reservelazarett Wetzlar eingeschleppt worden war und sich in seiner Station zu verbreiten begann. Seitdem er Jodnatrium 10:200, 3mal täglich 1 Teelöffel, ordinierte, kam kein Scharlachfall mehr vor. Zu der Medikation war Verf. durch die Überlegung gekommen, daß das Jod schon wenige Minuten nach der Aufnahme in den Körper auf allen Schleimhäuten ausgeschieden wird, die Sekretion stark anregt und so die Krankheitskeime fortschwemmen könnte; außerdem besitzt das Jod auch in dieser Form zweifellos desinfizierende Kraft.
(M. m. W. 1916. Nr. 28, Feldärztl. Beil.)

Beitrag zur Behandlung der Diphtheriebazillenträger. Von Dr. H. Mühsam (Berlin). Seit mehr als 1 Jahre hat Verf. bei solchen vor allem den Mund in Ordnung bringen lassen: Wurzeln wurden gezogen, Zahnhöhlen behandelt, Zahnstein entfernt usw. Durch diese Zahnbehandlung wurden sämtliche Patienten von ihren Diphtheriebazillen befreit. (M. Kl. 1916. Nr. 31.)

* **Über die Entstehung des Hustens und seine Bekämpfung mit Thyangolpastillen.** Von Dr. M. Gutstein. (Aus der Friedrichstadt-Klinik für Lungenkranke zu Berlin.) Verf. benutzte zu den Versuchen die unter dem Namen Thyangol von der Chemischen Fabrik Dr. Thilo, Mainz, in den Handel gebrachten Pastillen. Die Thyangolpastillen stellen pfennigstückgroße Kugelsegmente von dunkelbraunroter Farbe und wachsigharziger Konsistenz dar. Nach Angabe der Fabrik enthalten sie pro Pastille

Anästhesin	0,03
Phenacetin	0,08

und kleine Mengen (je 0,0015) Thymol und Ol. Eucalypti. Sie hinterlassen beim Zergehen ein taubes Gefühl an der Mundschleimhaut, das etwa 1—2 Stunden anhält. Trotzdem wurden die Pastillen von den Patienten nur selten zurückgewiesen. In Dosen von 6—10 Pastillen pro die angewandt, wobei Verf. die

Patienten anwies, die Pastillen auf den hinteren Teil der Zunge zu bringen und durch langsames Hin- und Herbewegen zum Zergehen zu bringen, haben sich die Thyangolpastillen als gutes Mittel erwiesen, den Husten infolge Rachenerkrankungen (Pharyngitis sicca, hypertrophicans, granulosa) zu unterdrücken bzw. zu mildern. Nun ist es ja bekannt, daß solcher ohne Expektoration gefolgter Hustenreiz willkürlich unterdrückt werden kann. Leider vermögen nicht alle Kranken so viel Willenskraft aufzubringen, um dem durch ein Kitzelgefühl vom Jugulum eingeleiteten Hustenreiz nicht nachzugeben. Es ist daher sehr angenehm, daß wir, ohne zu den Narkoticis greifen zu müssen, in den unschädlichen Thyangolpastillen ein Mittel besitzen, um die Kranken von diesem lästigen Symptom zu befreien. Wie weitere Versuche ergeben haben, gelingt es auch bei Erkrankungen der tiefer gelegenen Teile des Respirationstraktus, z. B. Bronchitis, Lungentuberkulose, durch die Thyangolpastillen in einem großen Prozentsatz der Fälle den Husten stark zu vermindern und die Dysphagiebeschwerden der Larynxtuberkulösen zu beseitigen (2—3 Pastillen vor der Nahrungsaufnahme).

(M. Kl. 1915. Nr. 44.)

* **Zur Therapie der Skabies.** Von Alfred Perutz. (Aus der II. Abteilung für Geschlechts- und Hautkrankheiten des k. k. Allgem. Krankenhauses in Wien.) Die günstigen Resultate, die zur Bekämpfung der Kleiderlaus, des mutmaßlichen Überträgers des Flecktyphus, mit ätherischen Ölen erzielt wurden, ließen den Versuch gerechtfertigt erscheinen, eine durch die kriegerischen Ereignisse in besonders gehäuftem Maße aufgetretene Epizoonose, die Skabies, damit zu behandeln. Als zweckmäßigstes Mittel wurde in dieser Hinsicht das Oleum anisi gefunden. Das Oleum anisi wurde in 1%iger Salbenform (Oleum anisi 1,00, Vaselini ad 100,0) derart gegeben, daß der an Skabies erkrankte Patient an drei aufeinander folgenden Tagen früh und abends vom Halse bis zu den Füßen mit besonderer Berücksichtigung der Prädilektionsstellen der Skabies, Interdigitalräume, Axillarfalten, Kreuzbeingegend, Penis und Skrotum, eingeschmiert wurde und am darauffolgenden Tage ein Bad nahm. Schon nach der ersten Einreibung begann der lästige Juckreiz aufzuhören, der Kranke fühlte sich wohler, konnte nachts wieder schlafen, nach vier Einreibungen waren die subjektiven Erscheinungen der Krätze geschwunden, doch wurde der Patient vorsichtshalber noch ein viertes und fünftes Mal geschmiert. Nach dem Reinigungsbade waren die Kranken gesund und wurden vom Spitale entlassen. Auf der Abteilung wurden 50 Patienten, die wegen Skabies aufgenommen wurden, mit der Oleum anisi-Salbe behandelt. Bei keinem der im Spitale behandelten Fälle wurde ein Rezidiv beobachtet. Es wurden nie (sowohl bei erwachsenen Männern und Frauen als auch bei Kindern) weder Dermatitiden noch Schädigungen der Niere konstatiert. Die Oleum anisi-Salbenbehandlung läßt sich sehr gut bei ambulatorischen Patienten verwerten, und hier kommen ihre Vorzüge gegenüber der Wilkinson- oder Perubalsambehandlung besonders zur Geltung: die absolute Ungiftigkeit, Sauberkeit und der geringe Preis der Salbe. Gelegentliches postskabiöses Jucken wurde mit Schwefelpräparaten erfolgreich behandelt. Verf. verwendete hierbei entweder eine 5%ige Schwefelsalbe oder eine 10%ige Solutio Vlemingkx-Schüttelmixtur:

Solut. Vlemingkx 10,0
Zinci oxyd.
Talci Veneti
Glycerini
Aqu. destillat. āā ad 100,00.

(W. kl. W. 1915. Nr. 37.)

* **Therapie des Erysipels mit Jod-Guajacol-Glyzerin.** Von Dr. E. Sécsy. (Aus dem St. Johann-Hospital in Budapest.) Verf. ordinierte:

Rp. Guajacol. pur.
Tinct. Jod. āā 10,0
Glycerin pur. 80,0
m. f. linim.

Täglich 3malige Bepinselung weit über die Grenze der affizierten Partie hinaus. Dazu Bleiwasserumschläge zur Linderung der Schmerzen. Diese Behandlung bewirkte bedeutend verkürzte Krankheitsdauer. (D. m. W. 1915. Nr. 35.)

* **Trichlorbutylfettsaures Ammonium als Hustenmittel** hat Dr. M. Wolfheim mit recht gutem Erfolge bei Bronchitis, Emphysem, Stauungskatarrhen,

nervösem Husten usw. angewandt. Das Präparat, das nicht nur lösende, sondern auch reflexherabsetzende Eigenschaften hat, kommt in Tabletten zu 0,1 g in den Handel (Athenstädt u. Redeker). Man gibt 3mal täglich 2 Stück (bei schwereren Fällen auch 2stündlich), am besten in heißem Wasser gelöst.

(Fortschr. d. M. 1915. Nr. 52.)

IV. Neue Bücher.

St. Engel und Maria Baum. **Grundriß der Säuglingskunde nebst einem Grundriß der Säuglingsfürsorge.** Dritte und vierte Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. Preis gebunden M. 5.50.

Im Jahre 1911 erschien die erste Auflage dieses Buches, 1915 die zweite, und jetzt ist — trotz des Krieges — eine neue nötig geworden! Aber vielleicht nicht trotz des Krieges, sondern gerade infolge des Krieges, durch den jedes Kindesleben bedeutend wertvoller erscheint, jeder Säugling ein kostbares Gut für die Zukunft des Deutschen Reiches darstellt. „Kein Säugling darf durch Unkenntnis seiner Lebensbedingungen, darf durch mangelnde Fürsorge, durch jene noch immer viel verbreiteten, festwurzelnden Unsitten der Ernährung und Pflege, durch unbegründete Vorenthaltung der mütterlichen Brust u. a. m. gefährdet werden, wenn immer wir auch fernerhin stark und fest dastehen wollen", heißt es im Vorwort des Buches, dessen Zweck und Ziel es ist, aufklärend und belehrend zu wirken, und das diesen Zweck in vollendeter Weise erfüllt, sowohl mit seinem klaren und präzisen Text, wie mit seinen zahlreichen guten Abbildungen. Grätzer.

B. Bendix. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Berlin und Wien 1916. Urban & Schwarzenberg. Preis M. 16.—, geb. M. 18.50.

Ein Lehrbuch der Kinderheilkunde, welches, wie dieses, in 7. Auflage erscheinen kann, bedarf wohl nicht mehr empfehlender Worte, da die Praxis selbst das gewichtigste Kriterium geliefert hat. Viele Tausende von Kollegen haben es mit der Note „sehr gut" versehen, es weiter empfehlen und mit dieser Empfehlung sich gewiß Dank erworben. Der Verfasser hat trotzdem das Ganze noch einmal durchgearbeitet, Verbesserungen angebracht und gewisse Kapitel erweitert. Er kann sicher sein, daß diese 7. Auflage nicht die letzte sein wird. Grätzer.

Lobsien-Mönkemüller. **Experimentelle praktische Schülerkunde.** Leipzig und Berlin 1916, B. G. Teubner. Preis M. 4.—, geb. M. 5.—.

„Die nachfolgenden Darlegungen haben ausschließlich praktische Bedürfnisse im Auge. Sie wollen helfen, dem psychologisch interessierten Lehrer eine Reihe von Untersuchungsmethoden in die Hand zu geben, die die experimentelle Pädagogik geschaffen hat und die heute noch nicht die Beachtung gefunden haben, die sie verdienen, damit er sich auf Grund eigener Experimente eine bessere Grundlage für die Beurteilung der Eigenart seiner Schüler und ihrer Leistungen sowie für ein die diesen angemessenes Unterrichtsverfahren verschaffe, als ihm durch bloße unmittelbare Beobachtung möglich ist." Diese im Vorwort skizzierte Aufgabe erfüllt das Buch aufs beste. Es wird auch dem Arzte mannigfache Anregungen geben. Grätzer.

A. Ylppö. **Neugeborenen-, Hunger- und Intoxikationsazidosis in ihren Beziehungen zueinander.** Berlin 1916, J. Springer. Preis M. 7.—.

Die Säurevergiftung, als Ursache der verschiedensten Störungen im Kindesalter eine große Rolle spielend, wurde durch die Hypothese von Czerny und Keller in der Pädiatrie aktuell und zog eine Reihe von Untersuchungen nach sich, welche zur Vertiefung der Azidosefrage wesentlich beitrugen. In origineller Weise greift Ylppö diese Frage an und macht durch neue Untersuchungsmethoden interessante Feststellungen, welche hohes Interesse erregen.

Grätzer.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. **April 1917.** Nr. 4.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Adolf Baginsky (Berlin), Zur Therapie des Hydrops im kindlichen Alter. (Arch. f. Kinderheilk. 66. H. 1 u. 2.) Persönliche Erfahrungen des Verf.'s mit den bekannten Mitteln: wie Muttermilch, chlorarme Nahrung, Schwitzen, Digitalis usw., die im Original nachgelesen werden müssen. Hecker.

Charlotte Krause (Leipzig), Über Serumtherapie bei Scharlach. (Aus der II. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg.) (Ebenda.) Im Ganzen wurden 28 Fälle mit Scharlachrekonvaleszentenserum intravenös behandelt, davon waren 5 Fälle sogenannte Scarlatina gravissima, 11 Fälle Scarlatina gravis und 12 Fälle mit hohem Fieber. Es starben 4 Fälle, und zwar solche mit Scarlatina gravissima. Die Serumtherapie muß, falls sie überhaupt angewendet wird, in den ersten 3 Tagen erfolgen. 24 mal, d. h. in 85% der Fälle, wurde kritischer Temperaturabfall erzielt, in 25% der Fälle traten Nebenwirkungen auf, die in Kollaps und Schüttelfrost bestanden. Die zahlreichen Nebenwirkungen sind vielleicht auf die vorangegangene serotherapeutische Behandlung der Serumspender zurückzuführen, deshalb ist Serum von schon vorher behandelten Patienten streng zu vermeiden. Da bei den schwersten Fällen die Serumtherapie teilweise in Stich gelassen hat, so ist die Behauptung von Koch, daß die Einwirkung des Rekonvaleszentenserums so deutlich sei, „daß man ihr kaum die eines anderen nicht chirurgischen Mittels auf irgendeine schwere Krankheit, nicht einmal die des Diphtherieantitoxins auf die Diphtherie, an die Seite stellen kann", verfrüht. Hecker.

Hermann Taegen (Berlin), Intrazerebrale, nicht auf Traumen beruhende Blutungen im Kindesalter. (Ebenda.) Auf Grund der eigenen und aus der Literatur zusammengestellten Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlußsätzen: Intrazerebrale Blutungen kommen im Kindesalter vor bei Purpura hämorrhagica; bei mit hämorrhagischer Diathese verbundenen Erkrankungen, und zwar bei der aplastischen Anämie, der Leukämie und der Lues congenita; bei Endocarditis und bei Keuchhusten. — In allen Fällen von intrazerebraler Blutung ist eine Gefäßschädigung anzunehmen. — Intrazerebrale Blutungen führen entweder unter Bewußtseinsverlust zum sofortigen Tode oder machen allgemeine Hirnsymptome oder schließlich ausgesprochene Herderscheinungen, doch können auch bei nennenswerten Blutungen alle zerebralen Erscheinungen fehlen. Die Möglichkeit einer Aus-

heilung von intrazerebralen Blutungen ist bei der Purpura hämorrhagica anzunehmen; in den anderen Fällen bisher unbewiesen.

Hecker.

C. May (Worms), Ein Fall von malignen hämorrhagischen Varizellen. **(Ebenda.)** Das 1 Jahr alte Mädchen war auf der gesamten Haut, auch der des behaarten Schädels, sowie vereinzelt auf der Mundschleimhaut bedeckt von äußerst zahlreichen, meist schon eingetrockneten, zum Teil konfluierenden, rötlichen Bläschen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße. Die Gesäßgegend bis herab zu den Oberschenkeln war dunkelblaurot verfärbt und bis tief ins Unterhautzellgewebe hinein derb infiltriert. — Exitus letalis. Hecker.

Walter Krause (Elberfeld). Der Einfluß der hereditären Belastung auf Form und Verlauf der Tuberkulose der Kinder. **(Ebenda.)** Bei der schwersten Form kindlicher Tuberkulose, bei der Meningitis, ist, wenn man Heredität nur bei Tuberkulose der Mutter annimmt, in 93% keinerlei hereditäre Belastung vorhanden. Bei der Miliartuberkulose in 94%, ebenso bei der Peritonitis. Bei der Lungentuberkulose dagegen findet sich nur in 62% der Fälle keine Belastung. In demselben Sinne sprechen die Zahlen bei der leichteren Tuberkulose anderer Organe. Das Ergebnis wird noch klarer, wenn man nicht nur die Form, sondern auch den Verlauf ansieht und das Verhältnis der Belasteten zum ungünstigen Ausgang prozentualiter feststellt. Dann findet man, daß bei der Meningitis auf 20% Belastete 100% Todesfälle, bei Miliartuberkulose auf 47% Belastete 100% Todesfälle bzw. ungünstiger Verlauf, bei Peritonitis auf 17% Belastete etwa 80% Todesfälle bzw. ungünstiger Verlauf, bei Tb. pulmonum auf 56% Belastete etwa 37% Todesfälle bzw. ungünstiger Verlauf kommen. Man sieht also daraus, daß die Zahl der Todesfälle in umgekehrtem Verhältnis zur Zahl der durch elterliche Tuberkulose Belasteten steht; daß sich bei den schweren Formen der Tuberkulose elterliche Belastung seltener findet, als bei den chronisch verlaufenden Formen.

Es müssen also Kräfte wirksam sein, die veranlassen, daß Kinder, bei deren Eltern Tuberkulose vorhanden gewesen ist, nicht so leicht an den schweren Formen akuter Tuberkulose zugrunde gehen, sondern eher leichteren oder chronisch verlaufenden tuberkulösen Erkrankungen anheimfallen, während die große Menge der akuten Formen, vor allem der Meningitis tuberkulosa, die hereditär nicht belasteten Kinder trifft. Welcher Art diese Kräfte sind, läßt sich aus dieser Statistik nicht ersehen, aber man fasse sie mit dem Namen „Immunstoffe" zusammen.

Die im Blute nachgewiesenen Antikörper bei tuberkulösen Individuen scheinen in hereditärer Beziehung keine oder nur eine geringe Rolle zu spielen. Ob die Übertragung von Antitoxin durch die Muttermilch wirksam ist, läßt sich aus den Tabellen nicht beurteilen, vielleicht wird nur die Fähigkeit, leichter Immunstoffe zu bilden, übertragen, vielleicht, wie Much schreibt, durch spezifische (?) Immunzellen (feste).

Wenn man jetzt von diesem Standpunkt aus die Erfahrungen an Türken, Argentiniern, Negern usw. berücksichtigt, wo in bisher

tuberkulosenfreien Gegenden die Tuberkulose wie eine schlimme Seuche auftritt, so könnte man vielleicht sagen, daß gerade dort, wo der Mensch im ständigen Kampfe mit dem Tuberkelbazillus liegt, sich eine vererbbare Immunität herangebildet hat, die den noch ganz von Tuberkulose unberührten Völkerschaften fehlt.

Zum Schluß weist Verf. noch auf Reibmayers Büchlein über die Immunisierung der Familien bei erblichen Krankheiten hin, indem er schreibt, daß sich aus den angeführten Beobachtungen folgender Schluß ergebe: „Je mehr von den Ahnen einer Familie direkt mit der Tuberkulose oder mit der Latenz derselben gekämpft haben, eine desto größere Widerstandskraft erben die jüngsten Generationen und erweisen sich desto befähigter, die gefährlichste Siebung, die die Tuberkulose bei belasteten Familien stets im ersten Kindesalter vornimmt, zu passieren." Hecker.

J. C. Schippers, Über den Wert der Luetinreaktion für die Kinderpraxis. (Kinderkrankenhaus Amsterdam.) (Ztschr. f. Kinderhlk. 12. S. 239.) Untersuchungen an 20 Kindern mit Lues hereditaria im Alter von 3 Monaten bis 15 Jahre. Keine Reaktion in 5 Fällen, verspätete in einem Falle, pustulöse Reaktion in 3 Fällen, papulöse in 11 Fällen. Kontrolluntersuchungen an 54 Kindern. Verf. kann die Reaktion für die Kinderpraxis nicht empfehlen, da dieselbe nicht genügend verläßlich ist, etwa 16 $^0/_0$ negativ bei Lues, etwa 6 $^0/_0$ positiv bei Nichtlues. Die Beobachtung beansprucht zuviel Zeit (wenigstens 8 Tage) und zuviel Erfahrung. Schick.

Theodor Gött, Beitrag zur Kasuistik ungewöhnlicher Röntgenbefunde am kindlichen Thoraxmittelschatten. (Kinderklinik München.) (Ebenda. 12. S. 314.) 2 Fälle. Der erste (5 Jahre altes Mädchen) zeigte neben dichten von der Lungenwurzel aus weit in die Lungenfelder hineinragenden Schatten einen langgestreckten, spindelförmigen Schatten, der sich zum Teil mit dem der Wirbelsäule deckt, aber doch besonders nach links hinausragt und bis zum Zwerchfell reicht. Rach hatte angegeben, daß solche Schatten für Senkungsabszesse bei Spondylitis sprechen. In diesem Falle wäre diese Diagnose wohl möglich, doch ist bis jetzt nach einem halben Jahre kein Gibbus aufgetreten.

In einem zweiten Falle ($2^2/_{12}$ Jahre altes Kind) mit ähnlicher Schattenbildung beruhte, wie die Obduktion bewies, die Schattenbildung auf leukämischer Wucherung des Gewebes im Bereiche des hinteren Mediastinums. Zum Unterschiede von dem durch Rach beschriebenen, flach bogenförmigen Schatten zeichnen sich die Schatten in den berichteten Fällen aus durch ihre auf längere Strecken hin fast oder ganz geradlinig verlaufende Grenzkontur.

Schick.

Masayo Segawa, Über die Kombination angeborener und erworbener Skeletterkrankungen. (Kinderklinik und Pathologisches Institut Wien.) (Ebenda. 12. S. 246.) Der vom Verf. klinisch und histologisch genau untersuchte Fall von Osteogenesis imperfecta erwies sich histologisch als mit zwei erworbenen Affektionen (Barlowscher Krankheit und Rachitis) kombiniert. Bei Osteo-

genesis imperfecta congenita ist das Längenwachstum nicht gestört, hingegen das Dickenwachstum hochgradig beeinträchtigt. Im vorliegenden Fall war das Längenwachstum durch die beiden komplizierenden Erkrankungen beeinträchtigt. Die enchondrale Ossifikation ist bei der Osteogenesis imperfecta nur insofern gestört, als die im Rahmen derselben sich abspielende Knochenapposition, wie überall im Skelett, gehemmt ist. Das Knochenmark zeigt keine wesentlichen Veränderungen. Die im beschriebenen Fall vorgefundenen schweren Veränderungen sind durch den Morbus Barlow bedingt.

Charakteristisch für Osteogenesis imperfecta sind die subperiostalen, mit wenig Dislokation einhergehenden Frakturen. Der Kallus ist übermächtig entwickelt. Der pathologische Knochenprozeß beruht bei der Osteogenesis imperfecta congenita auf einer zur Porose führenden Disharmonie zwischen An- und Abbau, wobei bald mangelhafte Apposition, bald gesteigerte osteoklastische Resorption, bald beide eine Rolle spielen. Schick.

O. Schneiderhöhn, Die Therapie bei der Hirschsprungschen Krankheit. (Kinderklinik Straßburg.) (Ebenda. 12. S. 321.) Ausführliche Übersicht über die Frage. Die Erkrankung ist charakterisiert durch seit der Geburt bestehende, immer intensiver werdende Obstipation mit mäßiger Auftreibung des Abdomens. Der Stuhlgang kann wochenlang, ja 2 Monate ausbleiben. Verf. bringt vier eigene Beobachtungen, von denen zwei mit inneren Mitteln (Darmspülungen, Öleinläufe, Einlegen eines Darmrohres) behandelt und zwei operiert wurden. Die zwei intern behandelten sind in sehr gebessertem Zustand entlassen worden, eines ist 4 Monate später infolge mangelhafter Pflege zu Hause gestorben. Von den zwei operierten Patientinnen starb eine an den Folgen der Operation, eine wurde geheilt.

Interessant ist die Tabelle über die chirurgischen Eingriffe bei den Fällen der Literatur: Von 151 intern behandelten Fällen wurden 38 geheilt, 14 gebessert, gestorben sind 79. Ohne Erfolg wurden 6 Fälle und mit unbekannten Erfolg 14 behandelt. Die Zahlen bei den 143 chirurgisch behandelten Fällen lauten: geheilt 67, gebessert 9, gestorben 52, ohne Erfolg behandelt 3, mit unbekanntem Erfolg 12. Es schneidet daher die interne Behandlung statistisch betrachtet schlecht ab. Trotzdem will jeder Fall individuell betrachtet werden, bei vielen Fällen ist der interne Erfolg sehr schön. Man wird insbesondere im Beginne oder bei relativ frühzeitiger Behandlung die interne Behandlung zunächst versuchen können. Schick.

Hermann Stahr, Zur Gram-Färbung des Löfflerschen Diphtheriebazillus. (Aus dem Pathologischen Institut in Danzig.) (M. m. W. 1916. Nr. 29.) Seit einer Reihe von Jahren zieht Verf. mit Erfolg bei der Diphtheriediagnose — neben dem kulturellen Verhalten und dem Ausschlag der M. Neisserschen Polkörnchenfärbung, und neben seiner Morphologie und Lagerung — ein eigentümliches Verhalten des Diphtheriebazillus gegenüber der Gramschen Färbung heran. Bei oft wiederholter eingehender Prüfung an einem großen Material hat sich gerade dieses Verhalten als ein sehr brauchbares Hilfsmittel bei der Diphtheriediagnose erwiesen.

Es darf als allgemein bekannt gelten, daß der Löfflersche Bazillus sich nach der Gramschen Methode darstellen läßt, daß er aber die Färbung nicht lange festhält, vielmehr bei etwas energischerer Entfärbung, gewöhnlich mit Alkohol absolutus, gramnegativ wird; während man z. B. wirklich grampositive Streptokokken stundenlang mit Alk. abs. behandeln kann, ohne daß sie die Farbe loslassen. Dabei braucht wohl kaum erwähnt zu werden, daß im Gegensatz dazu alle diphtherieverdächtigen Stäbchen, welche grampositiv bleiben, ebensowenig als echte Diphtheriebazillen in Betracht kommen, wie wir heute noch grampositive Stämme von Meningokokken als solche anerkennen. Und andererseits steht es fest, daß gramnegative verdächtige Stäbchen, falls eben vorsichtig entfärbt wurde, die also die Gramfärbung nie behielten, von vornherein als Diphtheriebazillen auszuschalten sind. Der echte Diphtheriebazillus steht eben mit seiner geringen Gramfestigkeit in der Mitte zwischen beiden.

Aus diesem genugsam bekannten Verhalten gegen Gram erklären sich auch die widersprechenden Angaben, die wir noch in Leitfäden und Handbüchern finden, wo einige Verfasser mit derselben Sicherheit angeben, der Diphtheriebazillus sei gramnegativ, wie andere ihn als grampositiv ansprechen.

Es ist demnach eigentlich sehr naheliegend gewesen zu versuchen, ob sich nicht das besondere Verhalten zur Gramfärbung an den Bazillenleibern selbst zur Darstellung bringen ließe, indem diese sich partiell entfärbt zeigten — wenn nur die Entfärbung nicht gar zu plötzlich, sondern langsam genug von statten ginge. Dies ist aber in wünschenswerter Weise der Fall, und es ist deshalb in praxi gar keine besondere Vorkehrung für eine allmähliche Entfärbung nötig; man hat vielmehr nur zur rechten Zeit den Objektträger mit dem Bazillenausstrich aus dem Alkohol zu heben, und es gelingt bei einiger Aufmerksamkeit ganz leicht, den echten Diphtheriebazillus in der Weise zur Darstellung zu bringen, daß ein Teil des einzelnen Stäbchens bereits entfärbt (also rot, in der Gegenfärbung), ein Teil dagegen — vielfach das kolbige Ende, wenn es sich um derartige Formen handelt — noch schwarzblau gefärbt erscheint.

Diese restlich gefärbten Teilstücke der Bazillen sind aber nicht etwa identisch mit den Polkörnchen, die man ja manchmal nach Gram ganz besonders schön gefärbt sieht, was mit größerer Sicherheit, z. B. bei Behandlung mit Formalinlösung und Methylenblau zu erzielen ist. Die hier empfohlene und vielfach erprobte Teilfärbung des echten Diphtheriebazillus nach Gram fixiert also im Bilde das ganz eigentümliche Verhalten des Diphtheriebazillus gegenüber der Gramfärbung, ohne daß der Nachprüfende irgendeinen Bericht über die Herstellung des Präparates einzufordern hätte, wie er sonst, bei positiver oder negativer Darstellung (nach Gram) hinzugefügt werden müßte (Zeitangaben usw.). Wir haben somit ein sehr brauchbares Hilfsmittel zur Differentialdiagnose in der Hand, welches besonders im Massenbetriebe der Untersuchungsämter willkommen sein wird.

Grätzer.

G. Wagner, Die Untersuchung von Blutausstrichen Scharlachverdächtiger nach Döhle in Untersuchungsämtern. (Aus

dem Hyigi**e**nischen Institut in Kiel.) (Ebenda. 1916. Nr. 29.) Rehder unterscheidet:

1. kleine runde Einschlüsse
2. „ lange „ } als atypische Einschlüsse
3. große runde „ }
4. „ lange „ } als typische Einschlüsse
5. polymorphe „ }
6. gewundene „ }
7. Trypochäten „ }

Rehder ist also bei seinen zahlreichen Versuchen zu einer bestimmten Vorstellung vom Typus eines Scharlacheinschlusses gelangt, den er aber nicht, wie Döhle es neuerdings tut, auf die spirochätenartigen Formen beschränkt wissen will. Indessen scheint nach den Ergebnissen anderer Forscher die Frage, welche Einschlüsse für den Scharlach spezifisch sind, noch nicht so weit geklärt zu sein, daß bei der Untersuchung von der Berücksichtigung der sogenannten atypischen Einschlüsse ganz abgesehen werden dürfte, zumal Übergangsformen reichlich vorkommen. Es ließe sich daher vielleicht ein ähnliches, etwas vereinfachtes Schema, in das — ebenfalls im Anschluß an Rehder — auch die Einschlußprozente aufzunehmen wären, auch den Untersuchungen in Untersuchungsämtern zugrunde legen. Als Muster für ein derartiges Schema, das auch die nötigen Erläuterungen für den behandelnden Arzt enthalten würde, würde sich vielleicht das folgende eignen:

Blutausstrich: ....

Zahl der gemusterten Leukozyten: . . .
Darunter enthielten Einschlüsse: . . . **in Prozenten:** . . .

Verteilung der Einschlüsse		Mithin Zahl d. Einschlüsse	Davon waren kleine	große	gewundene
Leukozyten mit 1 Einschluß „ „ 2 Einschlüssen „ „ 3 „ „ „ 4 „ und mehr					
Durchschnittszahl (der in jedem Leukozyten enthaltenen Einschlüsse)		Summe:			

Es fanden sich in den gemusterten Leukozyten mithin:

. . . Proz. Einschlüsse.

Erläuterung:

1. Die Untersuchung des Einschlußbildes im Laboratorium gestattet nicht, die Diagnose „Scharlach“ oder „nicht Scharlach“ mit völliger Sicherheit zu stellen.

2. Das Einschlußbild bietet dem behandelten Arzt ein wichtiges Unterstützungsmerkmal für die klinische Diagnose. Beim Fehlen der Einschlüsse erscheint Scharlach so gut wie ausgeschlossen, falls der Ausstrich am 2.—6. Krankheitstage angefertigt wurde.

3. Je höher die Zahl der Einschlußprozente, je größer die Durchschnittszahl der in jedem befallenen Leukozyten enthaltenen Ein-

schlüsse, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß es sich um Scharlach handelt; kleine Einschlüsse kommen auch bei anderen Krankheiten häufiger vor, große selten, gewundene niemals. Letztere können als spezifisch für Scharlach gelten.

Die Auszählung eines Präparates nach diesen Gesichtspunkten dürfte bei einiger Übung nicht viel mehr als 15 Minuten erfordern, wobei man in altbewährter Weise zweckmäßig die Randpartien der Ausstriche, in denen sich die Leukozyten anzuhäufen pflegen, vorzugsweise besichtigt. Auch Hilfskräfte, die nur technisch geschult sind, werden sich für diese Arbeit anlernen lassen. Eine übermäßige Belastung der Untersuchungsstellen wäre also nicht zu befürchten. Andererseits würde der behandelnde Arzt auf diese Weise eine eingehende Vorstellung von dem Einschlußbild erhalten, die ihm bei zunehmender Erfahrung eine wichtige Stütze bei der Diagnosestellung sein könnte.

Alles in allem dürfte der Nutzen, der bisher der Erkenntnis und damit der Bekämpfung des Scharlachs durch die Untersuchung von Blutausstrichen in den Untersuchungsstellen erwachsen ist, soweit Verf.'s Kenntnis reicht, sich in sehr bescheidenen Grenzen halten. Durch Ausbau der Diagnostik unter den angeführten Gesichtspunkten könnte sich aber vielleicht in dieser Hinsicht ein wesentlicher Fortschritt erzielen lassen.

Besonders würde sich der Versuch lohnen, auch zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit von der Döhleschen Einschlußdiagnose Gebrauch zu machen. Die bisherige Praxis, bei Epidemien z. B. in Schulen die betroffenen Klassen zu schließen, muß ähnlich, wie es bei der Diphtherie zu beobachten war, zu einer Weiterverbreitung des infektiösen Virus führen, wenn unter den frei umherlaufenden Kindern solche sind, die eine Scharlacherkrankung leichtesten Grades durchmachen und dann meist ohne ärztliche Aufsicht sind. Fälle von Scharlach ohne Exanthem sind bekanntlich nichts Seltenes, und es erscheint nicht ausgeschlossen, daß unter mancher anscheinend harmlosen Angina, die den Kranken kaum bettlägerig macht, ihn jedenfalls nicht zum Arzt treibt, sich ein leichter Scharlach verbirgt. Werden solche Fälle nicht als Scharlach erkannt und dementsprechend isoliert, so ist der Weiterverbreitung Tor und Tür geöffnet. Durch systematische Untersuchung aller solcher Fälle würde vielleicht, da gewöhnliche Anginen in der Regel keine Leukozytenveränderung zeigen, mancher unerkannte Scharlachkranke als solcher ermittelt werden. Namentlich für die Schulärzte dürfte sich auf diesem Wege, vielleicht unter Heranziehung einer Untersuchungsstelle, Gelegenheit bieten, zur Bekämpfung dieser Volkskrankheit beizutragen. Grätzer.

Adalbert Reiche, Welches sind die Lebensaussichten der vorzeitig geborenen Kinder und durch welche Maßnahmen lassen sich dieselben günstiger gestalten? (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus in Berlin.) (Ther. Mh. 1916. Nr. 8.) Die Lebensaussichten eines frühzeitig geborenen Kindes werden in der Praxis im allgemeinen sehr gering bewertet. Mortalitätszahlen von

98% (Budin) und 80% (Birk) für Kinder unter 1500 g Geburtsgewicht lassen allerdings diese Ansicht als gerechtfertigt erscheinen. Andererseits aber haben Untersuchungen, die Kl. Bakker an einem Material von 1422 Frühgeburten angestellt hat, ergeben, daß es bei geeigneter Pflege gelingt, fast die Hälfte aller spontan frühgeborener Kinder im Gewichte von 1500—2500 g solange zu erhalten, bis sie ein Jahr geworden sind, von welchem Zeitpunkte an man sie für ebenso widerstandsfähig halten kann wie normale Kinder. Noch günstiger gestalten sich die Verhältnisse bei den in der Frühgeburtenabteilung des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses aufgenommenen frühzeitig geborenen Kindern. So beträgt nach den Zahlen von drei Jahresberichten die Sterblichkeit dieser Kinder für jedes Jahr 22,0 bis 36,9%, d. i. durchschnittlich 31,5% von 197 eingelieferten Kindern, unter denen sich 171 Kinder mit einem Gewicht von unter 2000 g befanden. Wenn man nun noch die in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme gestorbenen Kinder abrechnet, so sinkt die Mortalitätszahl auf 14,0—20,5% = durchschnittlich 17,0%. Fröbelius bestimmte die Lebensfähigkeit eines frühzeitig geborenen Kindes nach dem Verhältnis von Längen- und Dickenwachstum. Als Indikatoren für das letztere benutzte er den Brust- und den Kopfumfang. Die Formel von Fröbelius lautet: Lebensfähigkeit (V) = [Brustumfang (b) — $^1/_2$ Körperlänge (c)] — [Kopfumfang (a) — Brustumfang (b)], also $V = (b - c) - (a - b)$.

Entsprechende Berechnungen, angestellt an dem Frühgeburtenmaterial des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses (200 Kinder), haben im allgemeinen die Richtigkeit dieser Formel bestätigt. Wenn auch eine Anzahl Kinder, deren Vitalität nach der Formel von Fröbelius negativ ausgefallen war, am Leben geblieben ist und sich noch leidlich entwickelt hat, so wiesen doch alle wirklich lebenskräftigen Kinder mit einem Geburtsgewicht von 800—1200 g eine positive Zahl gleich V auf.

Gerade für die Praxis kann diese Formel als gutes Hilfsmittel dienen zur Prognosenstellung über die Lebensaussichten eines frühzeitig geborenen Kindes.

Ganz besonders wertvoll für die Beurteilung der Lebensfähigkeit ist der Umfang des Brustkorbes. Leider wird dieser Maßgröße im jüngsten Kindesalter ein viel zu geringer Wert beigemessen. Er ist aber das beste Maß für die Beurteilung des Dicken- bzw. des Breitenwachstums. Für die Praxis hat Verf. feststellen können, daß im allgemeinen Kinder mit einem Brustumfang von weniger als 22,5—23 cm nicht lebensfähig sind.

Wenn daher bei dem menschlichen Organismus der Geburtsvorgang an sich keine Störung des Wachstums mehr verursachen, wenn die weitere Entwicklung des Körpers auch extrauterin bei entsprechender Pflege und Ernährung ungestört weiter vor sich gehen soll, so muß das Kind nach einer intrauterinen Entwicklung von mindestens 28 Wochen ein Körpergewicht von mindestens 1000 g, eine Körperlänge von 34 cm, einen Brustumfang von 22,5—23 cm und einen Kopfumfang von 26,5—27 cm erreicht haben.

Ob nun aber diese günstigen Lebensaussichten bei den einzelnen

Kindern, die eine gewisse Reife erlangt haben, auch in Erfüllung gehen, hängt zum allergrößten Teil von ihrer Pflege und Ernährung ab.

Ein Einfluß läßt sich allerdings nur schwer ausschalten. Das ist der der erblichen Belastung und der einiger Allgemeinerkrankungen der Mutter. Von den letzteren wirken neben einer mütterlichen Lues oder Tuberkulose, besonders die Eklampsie, Herzerkrankungen, unstillbares Erbrechen und Gonorrhoe ungünstig auf die Entwicklung des Kindes ein. Ebenso sind die Lebensaussichten der Kinder schlecht, die aus Familien mit hoher Mortalität stammen.

Die Mehrzahl der frühzeitig geborenen Kinder aber stammt aus gesunden Familien. Wenn es gelingt, sie vor den ersten Schädigungen des extrauterinen Lebens zu bewahren, so können sie sich zu vollkommen gesunden Menschen entwickeln. Die Aufzucht ist keine undankbare Aufgabe, sondern entschädigt die aufgewandte Mühe und Arbeit vollkommen. Besonders in der jetzigen Zeit, in der bei den großen Menschenverlusten des Volkes jedes menschliche Lebenswesen eine Rolle spielt, müssen wir alle danach trachten, einen recht hohen Prozentsatz der vorzeitig geborenen Kinder am Leben zu erhalten.

Die Lebenserhaltung der Frühgeborenen hängt nicht allein von der Entwicklung des Organismus ab, sondern auch vom Vermeiden vieler Fehler, von der Verhütung manch unglücklicher Zufälle, die in den ersten Lebensstunden auf den ja noch unreifen Organismus einwirken, die aber meist durch sachgemäßes Handeln wohl hätten vermieden werden können.

Viele dieser Kinder fallen einer gleich nach der Geburt eintretenden Abkühlung zum Opfer. Dieser initiale Wärmeverlust setzt die Lebensaussichten eines frühzeitig geborenen Kindes ganz erheblich herab.

Man muß also hier alles tun. um dem Kinde Wärme zuzuführen, eventuell in Anstaltsbehandlung. Welde hat eine zweckmäßige Transportkouveuse hergestellt, die warm zu empfehlen ist. Dazu kommt als notwendig: Brustmilchernährung, eventuell mit ausgespritzter Milch und Sonderernährung.

Man fange mit Mahlzeiten von 5—10 ccm Frauenmilch an und richte sich mit der Steigerung der Menge und der Abnahme der Zahl der Mahlzeiten ganz nach dem Gedeihen des Kindes. Je kleiner dasselbe ist, um so notwendiger sind häufige, aber kleine Mahlzeiten.

Der tägliche Gesamtnahrungsbedarf ist bei einem vorzeitig geborenen Kinde verhältnismäßig höher wie bei ausgetragenen Kindern. Wenn wir den Nahrungsbedarf nach Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht berechnen, so beträgt der Energiequotient bei Kindern mit einem Gewicht unter 1500 g durchschnittlich 130 Kalorien, der bei Kindern von etwa 1800 g ungefähr 120 Kalorien, und bei den Kindern über 2000 g nähert er sich fast vollkommen dem eines ausgetragenen Kindes.

Da nun aber der menschliche Organismus nicht nur in der Masse, dargestellt durch das Körpergewicht, sondern auch in die Länge wächst, so kann man auch den Nahrungsbedarf bestimmen nach einer Wachstumseinheit, die das Verhältnis zwischen Körpergewicht und Körperlänge darstellt. Diese Größe erhält man dadurch, daß

man das Körpergewicht durch die Körperlänge dividiert, man nennt sie das Streckengewicht. Sie zeigt von allen Wachstumsgrößen die größte Regelmäßigkeit und nimmt ohne Unterbrechung von der Befruchtung bis zur Erreichung des maximalen Körpergewichts zu.

Der für die einzelnen Monate erforderliche Bedarf an Frauenmilch läßt sich nun dadurch bestimmen, daß man das Streckengewicht mit 7 multipliziert. Die so erhaltene Zahl ist die Minimalnahrung, die der Organismus zum gesetzmäßigen Wachstum bedarf. Nach Kalorien umgerechnet stimmt dieser Nahrungsbedarf fast vollkommen mit den durch die energetische Berechnung erhaltenen Zahlen überein. Grätzer.

Snoy, Appendektomie durch die linke Leistenbruchpforte bei normalem Allgemeinsitus. (Aus der Krankenpflegeanstalt vom Roten Kreuz in Kassel.) (Zbl. f. Chir. 1916. Nr. 37.) Die Abtragung des Wurmfortsatzes durch eine Operationswunde, die bei linksseitiger Herniotomie gesetzt wurde, dürfte zu den größten Seltenheiten gehören. Wenigstens hat Verf. in der Literatur der letzten Jahre einen solchen Fall nicht gefunden. 1913 hat Kanewskaja bei Operation einer kindskopfgroßen linksseitigen Leistenhernie eines 38jährigen Mannes den Blinddarm im Bruchsack gefunden. Der zurückgeschlagene Wurm wurde aber durch einen im rechten Hypogastrium angelegten neuen Schnitt entfernt.

Verf.'s Fall ist folgender:

Sehr elendes, blasses, männliches Kind von 5 Wochen. Ernährungszustand schlecht, Gewicht 4,4 kg; beiderseits diffuse Bronchitis; öfter Husten, ohne daß Auswurf zu erlangen ist. Linksseitig eingeklemmter Leistenbruch von mehr als Walnußgröße die Haut über der Hernie blaurot verfärbt, aber nicht verdünnt.

Aufnahme 14. VI. 1916 nachmittags. Sofortige Operation in Äthertropfnarkose. Im eröffneten Bruchsack liegt eine Dünndarmschlinge. Der zuführende Dünndarmschenkel läßt sich leicht vorziehen, der abführende nur etwa 2 Querfinger, dann erscheint am Wundrand das Coecum, voran der Wurmfortsatz. Der Wurm ist 6 cm lang (nach der Herausnahme gemessen). Ein 1 cm langes Stück seines freien Endes ist infolge verkürzten Mesenteriolums winkelig abgeknickt, verdickt und entzündlich verändert. Um bequemer arbeiten zu können, wird jetzt die quere Bauchmuskulatur $^1/_2$ cm eingekerbt. Die Appendix wird mit dem Thermokauter amputiert, der Stumpf versenkt. Das Coecum wird an seinen Platz geschoben. Schluß der Bruchpforte. Primäre Heilung. Nahrungsaufnahme und Stuhl des Kindes ist normal. Am 2. VII. 1916 geheilt entlassen.

Es handelt sich offenbar um ein ungewöhnlich bewegliches Coecum, das an und für sich nicht pathologisch ist. Die Röntgendurchleuchtung und Platte nach kontrastgebendem Einlauf in den Dickdarm ergab normalen Allgemeinsitus. Grätzer.

Erna v. Arnim, Über Nasendiphtherie Neugeborener. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Kiel.) (Zbl. f. Gyn. 1916. Nr. 51.) Als auf der Wochenstation wiederholt Fälle von eitrigem Schnupfen vorkamen, wurde zuerst an Lues gedacht und die Wa.-R. angestellt. Erst als diese versagte und eine Häufung der Fälle eintrat, wurde die bakteriologische Untersuchung des Nasensekrets vorgenommen und in allen Sekreten Diphtheriebazillen gefunden. Verf. mahnt, bei Säuglingen mit Nasensekretion nicht nur die Wa.-R. anzustellen, sondern sogleich auch das Sekret zu untersuchen. Grätzer.

Rudolf Hess, Die Ernährungsbedingungen des Säuglings im Kriege. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Straßburg i. E.) (Ztschr. f. Bevölk. Politik u. Säuglingsfürs. 9. Nr. 4 u. 5.) Die Ernährungsbedingungen des Säuglings wurden auf Grund der durch den Krieg bedingten Lage einer Betrachtung unterzogen.

Dabei ergab sich:

1. Die Möglichkeit zum Stillen ist durch die wirtschaftlichen Maßnahmen (Reichswochenhilfe, Stillprämie usw.) auch für die unehelichen Mütter günstiger als früher. Das drückt sich an dem größeren Prozentsatz der Brustkinder im Vergleich zu Friedenszeiten aus.

2. Die künstliche Ernährung ist bisher, was die Quantität anbelangt, durch die Regelung der Milchverteilung nicht beeinträchtigt. Die erforderlichen Zusätze zur Säuglingsnahrung konnten beschafft werden, wenn auch zu hohen Preisen. Die Qualität der Milch ist hinsichtlich ihres kalorischen Wertes nicht gesunken. Dagegen sind Bedenken über den hohen Säuregehalt nicht von der Hand zu weisen. Dieser stellt für den Säugling zweifellos eine große Gefahr dar.

3. Die Säuglingsstatistik hat bisher, August und September 1914 ausgenommen — verglichen mit Friedenszeiten — keine höbere Erkrankungs- bzw. Sterbeziffer erreicht. Hierin und in der nicht ungünstigen Entwicklung (gemessen an der Gewichtszunahme) äußert sich ein befriedigender Erfolg der Ernährung.

Ausblicke und Leitsätze. Auf Grund der gewonnenen Erfahrungen sind wir berechtigt, mindestens für Kriegsdauer, hoffentlich aber darüber hinaus, folgende Forderungen aufzustellen:

1. Hinsichtlich der künstlichen Ernährung:
   a) Beschaffung einer einwandfreien Kindermilch.
   b) Bereitstellung der Zusätze, wie Zucker und Mehle, die für den Stoffwechsel des Säuglings unerläßliche Bestandteile darstellen und nicht entbehrt werden können.
2. Noch weitergehende Förderung des Stillens durch
   a) intensivere Aufklärung, beginnend schon im Unterricht der weiblichen Fortbildungs- und Industrieschulen, der Oberklassen der Volks- und Töchterschulen. Dieser Unterricht ist möglichst durch einen Arzt zu erteilen;
   b) vermehrte Außenarbeit der Fürsorge.
      Hier müßten Mittel und Wege gefunden werden, auch im Frieden zu den ehelichen Säuglingen Zutritt zu gewinnen (wie es zurzeit durch den Säuglingsschutz angebahnt ist);
   c) die Regelung der sozialen Fürsorge für die Mütter, besonders auch für eheliche, gegebenenfalls durch Heimarbeit an Stelle der außerhäuslichen Tätigkeit, oder gesetzlichen Forderung von Stillstuben in Fabrikbetrieben mit vielen weiblichen Arbeitskräften.
   d) Abgabe zweckmäßiger preiswerter Nahrung an die Stillende als Teil der aufzuwendenden Unterstützung. Grätzer.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Klinger und **E. Schoch**, Über die Leistungsfähigkeit und den Wert der bakteriologischen Diphtherieuntersuchungen. (Aus dem Hygiene-Institut der Universität Zürich.) (Schweiz. Korr.-Bl. 1916. Nr. 48.) Das Material umfaßt die im Züricher Hygiene-Institut während eines Jahres (Mai 1915 bis Ende April 1916) ausgeführten Diphtherieuntersuchungen, welche zum größten Teil aus Stadt und Kanton Zürich, zum kleineren aus anderen Kantonen der Ostschweiz stammen.

Es wurden in der angegebenen Zeit im ganzen 3312 Untersuchungen ausgeführt. Von diesen waren positiv 1043 (31,5%). Hiervon bereits bei der ersten Untersuchung (nach 13—14 Stunden) 875 (84%), dagegen erst am zweiten Untersuchungstage der Kultur (36—48 Stunden) 168. Bei beiden Untersuchungen negativ waren 2269 Fälle.

Nach der ärztlichen Diagnose und nach den Befunden zusammengestellt, ergeben diese 3312 Untersuchungen folgende Verteilung:

Ärztliche Diagnose	Summe	Bakteriologischer Befund		
		positiv	negativ	posive in %
1. Diphtherie	1062	602	460	57%
2. Diphtherie? Diphtherieverdacht usw.	751	225	526	30%
3. Angina mit Belag, Angina necrotica und ähnliche	116	39	77	35%
4. Anginen ohne nähere Angaben	1058	75	983	7%
5. Nasendiphtherie, verdächtige Rhinitis usw.	98	45	53	46%
6. Konjunktivalabstriche bei Verdacht auf Augendiphtherie	24	16	8	66%
7. Krupp	56	25	31	45%
8. Pseudokrupp	16	4	12	25%
9. Scharlachangina	131	18	113	14%

Die Tabelle zeigt, daß bei den zur Zeit des Abstriches vom Arzt für Diphtherie gehaltenen Fällen in 57% Löfflersche Bazillen nachweisbar waren, während bei den bloß Diphtherieverdächtigen (Gruppe 2 und 3) 30—35% positive Resultate erhalten wurden. Die Erkrankungen mit Verdacht von Nasen-, Augen- und Kehlkopfdiphtherie erwiesen sich in 45—66% als tatsächlich durch Diphtheriebazillen bedingt, während die große Zahl der leichten Anginen zum größten Teil negativ waren; es ist aber immerhin bemerkenswert, daß unter denselben doch etwa 7% als Diphtherie entlarvt werden konnten.

Es wurde nun, um der klinischen Diagnose etwas sicherer zu sein, als es die oft in Eile geschriebenen Begleitformulare der Untersuchung gestatten, in der überwiegenden Mehrzahl der bakteriologisch negativ gebliebenen Fälle aus den Gruppen 1 und 7 (zum kleineren Teil auch aus anderen Gruppen) an den betreffenden Arzt geschrieben mit der Bitte, kurz mitzuteilen, ob der weitere klinische Verlauf dem negativen Befund recht gab oder ob die Diagnose Diphtherie aufrecht erhalten werde. Es wurden im ganzen 758 Antworten erhalten mit folgendem Ergebnis: Der klinische Verlauf

sprach gegen Diphtherie	539 mal
eher gegen Diphtherie	47 „
ergab Scharlach	32 „
blieb fraglich	40 „
sprach eher für Diphtherie	19 „
sprach entschieden für Diphtherie .	81 „
Summa	758

Aus dem Vorhergehenden folgt, daß die bakteriologische Untersuchung der an sie zu stellenden Anforderung einer sicheren und raschen Diagnose der Diphtherie zwar in den meisten, jedoch nicht in allen Fällen genügt. Es muß deshalb betont werden, daß es ein entschiedener Fehler ist, wenn der Arzt bei typischer oder sehr verdächtiger Erkrankung an Diphtherie mit der Injektion des Heilserums wartet, bis er das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung erhält. Sowie einigermaßen begründeter Verdacht auf Diphtherie besteht, sollte stets sofort eine entsprechende Serumdosis injiziert werden, da wir wissen, daß die Diphtherie um so gutartiger verläuft, je früher das Serum verabreicht wird. Grätzer.

Peter F. Holst (Norwegen), Über orthotische Albuminurie und ihr Verhältnis zu Nephritis. (Aus der medizinischen Abteilung B des Reichshospitals.) (Norsk Magazin for Lägevidenskoben. 1915. N. 11.) Der Verf. teilt den Sektionsbefund eines an akuter Lungentuberkulose gestorbenen 16jährigen Burschen mit, welcher seit 6 Jahren an orthotischer Albuminurie gelitten hatte. Weder makroskopisch noch mikroskopisch zeigten die Nieren Zeichen einer vorhandenen oder abgelaufenen Entzündung. Im Anschluß an diesen Fall teilt der Verf. seine Erfahrungen über orthotische Albuminurie (15 genau untersuchte Fälle) mit und diskutiert ihr mögliches Verhältnis zu Nephritis. Ein solches Verhältnis ist zweifelhaft; jedenfalls gibt es eine Gruppe von orthotischen Albuminurien (10 der Fälle des Verf.s gehörten zu dieser Gruppe), wo man kein Recht oder keinen Grund hat, anzunehmen, daß die Albuminurie von nephritischen Veränderungen verursacht wird.
Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

J. M. Forterau-Brickdale, A case of congenital hemihypertrophy. (Lancet, 3. Juli 1915.) Mitteilung eines Falles von echter rechtsseitiger Hemihypertrophie bei einem 9 Monate alten Kinde aus gesundem Hause. Kurt Boas.

H. C. Stevens, Mongolian idiocy and syphilis. (Journ. of the amer. med. Assoc. 64. 1915. p. 1636.) 24 Fälle von Mongolismus wurden auf die Wassermannsche und Nonnesche Reaktion und auf die Ross-Jonesche und Langesche Goldsolprobe untersucht. Dabei ergab sich folgendes: Wassermann im Blute positiv in 10%, im Liquor in 25%, in zwei Fällen zweifelhaft. Pleozytose war in 20% vorhanden, Globulinvermehrung in 90%, Goldsolreaktion in 90% innerhalb der luetischen Zone. Zwei Geschwister von unzweifelhaft luetischer paterner Deszendenz wiesen nur eine Pleozytose und eine zweifelhafte Langesche Reaktion auf. Kurt Boas.

E. G. Martin and **Robert W. Lowett,** A method of testing muscular shength in infantile paralysis. (Journ. of the amer. med. Assoc. 65, 1915. p. 1512.) Angabe einer Methode zur Messung der groben Kraft einer bestimmten Muskelaktion. Die Muskelkontraktionen werden durch eine sinnreiche Vorrichtung auf eine balancierende Feder übertragen, aus deren verschiedengradigem Ausschlag die Stärke der Kontraktion abgelesen werden kann. Die Verff. geben tabellarisch eine Reihe von Normalwerten an, die eine Vergleichung mit den entsprechend herabgesetzten Werten z. B. bei Poliomyelitis zulassen. Die Methode setzt uns in den Stand, den jeweiligen Zustand der Muskelaktion im Verlauf und während der Behandlung der Poliomyelitis zu beobachten. Kurt Boas.

Daniel F. Glousset, Malignant sympathicus tumor of the rigt suprarenal. (Arch. of intern. Med. 15. 1915. p. 341.) Mitteilung eines Falles von rechtsseitigem sympathischen Nebennierentumor bei einem 2jährigen Kinde. Der Tumor war maligner Natur, wofür seine infiltrative und metastatische Beschaffenheit sprach.

Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

1. Dr. Stirnimann (Luzern): **Vitamine und Wachstum.** (Erscheint als Referat in diesem Blatte.)

Boissonnas (Genf) frägt den Vortr. an, welchen Einfluß die Vitamine auf das allgemeine Befinden haben.

Hüssy (Aegeri) hat bei seinen Versuchen keinen besonderen Einfluß von den Vitaminen konstatieren können.

Feer (Zürich glaubt, daß das Vollbrot, welches der Krieg uns gebracht hat, Vitamine enthält und darum nicht mehr aufgegeben werden sollte.

Combe (Lausanne) hat eine Serie von Versuchen angestellt, welche seit sechs Monaten fortgesetzt werden bei Säuglingen, bei rachitischen und hypotrophischen Kindern. Diese Versuche wurden Herrn Sekundärarzt Dr. Burnier anvertraut, welcher leider durch die Mobilisation verhindert wurde, seine Arbeit für die heutige Sitzung fertig zu stellen. Combe hat den Eindruck, daß die Vitamine keinen nachweisbaren Einfluß auf das Wachstum gehabt haben. Dagegen bei den Rachitischen hat die radiologische Untersuchung ergeben, daß die Vitamine einen günstigen Einfluß auf den Wachstumsprozeß zu bewirken scheinen. Bei der Athrepsie sah Combe das Gewicht und den Appetit zunehmen. Die therapeutische Wirkung dieses Medikaments verdient noch studiert zu werden.

Prof. Stooß bemerkt, daß Roehmann (Breslau) in einem ganz kürzlich erschienenen Buch: „Über künstliche Ernährung und Vitamine" mitteilt, daß es ihm gelungen ist, Tiere mit einer täglich gleichbleibenden Nahrung am Leben zu erhalten, die ausschließlich aus Eiweiß, Fetten, Kohlehydraten und Salzen bestand, aber frei von Vitaminen. Nach Roehmann besteht also die alte Lehre von der Bedeutung der Grundstoffe für die Ernährung zu Recht. Roehmann meint, daß allem Anscheine nach Vitamine auch für das Wachstum nicht notwendig sind.

Die Mißerfolge bei der Ernährung mit bestimmten pflanzlichen Eiweißstoffen erklärt Roehmann damit, daß die betreffenden Proteine „unvollkommene Eiweißkörper" sind. Gibt man die fehlenden Atomgruppen als „Ergänzungsstoffe" zu, so gleicht sich der Minderwert aus. Roehmann hält die ganze Vitaminlehre für verfehlt.

2. Boissonnas (Genf): **Über einen Fall von Lipodystrophie.** Sechsjähriger Knabe, bis zum vierten Jahre zeigte das Gesicht keine Abnormität. Nach einem Keuchhusten bemerkt die Mutter eine progressive Abmagerung des Gesichtes. Bei einem ordentlichen Körperzustand fällt die starke Abmagerung des Gesichtes auf. Die Wangen sind hohl, die Ohren dünn. Die Haut ist weich, die

Augen tief eingesunken. Beim Kneifen der Wange hat man den Eindruck, daß nichts sich zwischen der Haut und der Schleimhaut befindet. Die Muskulatur des Gesichtes ist normal entwickelt und funktioniert gut. Hals dünn, der Fettschwund erstreckt sich bis zum Sternum, zur Klavikula, hinten bis zum Schulterblatt, die Arme sind normal. Der Thorax und das Abdomen haben eine normale Fettschicht, dagegen ist eine Verdickung der Fettschicht an den Schenkeln und Hinterbacken bemerkbar. Das Skelett zeigt Spuren von Rachitis. Diese Affektion wurde bis jetzt bei weiblichen Individuen beobachtet, deswegen ist dieser Fall interessant.

Feer (Zürich) berichtet über einen Fall, den er in Zürich beobachtet hat. Er verabreichte Milch von thyreoidektomierten Ziegen, ohne eine besondere Wirkung gesehen zu haben. Die Affektion ist stationär geblieben.

3. Dr. Welti (Rheinfelden): **Wirkung der Sole auf den kindlichen Organismus.** Im Solbad wird die Haut durch die salzige Lösung imbibiert und imprägniert; diese wirkt dort, an der Oberfläche der Haut wahrscheinlich auch durch wechselnde Auskristallisierung und Verflüssigung, als Nervenreiz auf die Funktionen der Haut als Gefühlsorgan, Zirkulationsorgan („Hautherz" und Lymphe), als Se- und Exkretionsorgan, als Atmungsorgan und Wärmeregulator und damit reaktiv nachweislich mächtig auf die mannigfaltigste Weise auf die damit zusammenhängenden tieferen Organsysteme und den ganzen Stoffwechsel. Bei Badetemperaturen, die in der Schwankungsbreite des sogenannten Indifferenzpunktes liegen, können wir deshalb im Solbad doch konstante (auch nach dem Bade und sogar der Badekur noch fortdauernde), dabei zumeist „insensible" Hautreize auslösen von mächtiger Wirkung.

Die Kenntnis einer „spezifischen" Wirkung der Sole auf die verschiedenartigsten Anämien, Anomalien des Lymphapparates und die sogenannte Skrofulose der Kinder geht auf die Zeit der ersten Anwendung der Sole zu Heilzwecken zurück und befestigt sich täglich.

Nun sind ja beim kindlichen Organismus die Blut- und Lymphbahnen und ihre Elemente, sowie wohl auch die Nervenbahnen noch im Wachstum begriffen, zeigen oft in größter Kombinationsfähigkeit Hypo- und Hyperplasien, was zu den bunten Bildern der Anämien, Ischämien, Diathesen, Konstitutionsanomalien, Arthritismen, Leukämien usw. führt. Auf alle diese Zustände wirkt das Solbad durch den Antrieb der Hautfunktionen und dadurch auf die Entwicklung der Nervenbahnen (auch der trophischen) und der Ernährungsbahnen. Auffallend ist der gesteigerte Appetit, das zunehmende Körpergewicht und das meist stark gesteigerte Längenwachstum. Das Solbad wirkt aber auch reinigend und resorbierend (Entgiftung von Blut- und Nährgiften) durch die gesteigerte Se- und Exkretion, den gesteigerten Stoffwechsel und den Säfte- und Zellaustausch, stärkend durch die Unterstützung zur Behebung der Hypoplasien und prophylaktisch durch die Bahnung einer rascheren und ausgiebigeren Hautreaktion als Abwehr gegen äußere Reize.

Gerade für die kindlichen Diathesen, Konstitutionsanomalien und Lymphatismen sind die Solbäder ein spezifisches Heilmittel und dadurch ein leider noch zu sehr unterschätztes Prophylaktikum gegen Skrofulose und Tuberkulose.

Dr. H. Keller (Rheinfelden): Ich möchte dem Vortrage des Kollegen Dr. Welti die Resultate meiner experimentellen und klinischen Untersuchungen beifügen.

a) Blutuntersuchungen und Gewichtsbestimmungen.

Im Kindersanatorium Rheinfelden wurden in den Jahren 1913 bis 1915 260 Knaben und 414 Mädchen, total 674 Kranke mit dem Apparat von Prof. Sahli auf Hämoglobin untersucht. Dasselbe war im Durchschnitt bei den Knaben um 8,9%, bei den Mädchen um 8,3% vermehrt. Das Gewicht hat bei denselben Knaben um 1,567 kg, bei den Mädchen um 1,700 kg zugenommen bei einer mittleren Kurzeit von 27 Tagen. Die Hämoglobin- und Gewichtszunahme sämtlicher 674 Kinder beträgt 8,6% bzw. 1,633 kg.

Die Beobachtung der größeren Vermehrung des Hämoglobins bei den Knaben und der größeren Gewichtszunahme bei den Mädchen wurde auch von Dr. Häberlin am Meere und von Dr. Leuch bei den züricherischen Ferienkolonien gemacht.

Die von allen Autoren konstatierte Nachwirkung der Solbadkur habe ich bei zehn Kindern aus Markirch im Elsaß, die wegen dem Ausbruch des Krieges

erst im Winter nach Hause zurückkehren konnten, nachweisen können. Diese Kinder zeigten nämlich 72 Tage nach absolvierter Kur folgende Zahlen:

Anfangs Hämoglobingehalt 60,5—70, Ende Hämoglobingehalt 70,8—70. Vermehrung demnach 10,3%, Gewichtszunahme 3,620 kg.

Die Gesamtzahl der in den Jahren 1904 bis 1915 im Sanatorium verpflegten Kinder beträgt 3855. Die mittlere Gewichtszunahme dieser Kinder beträgt 1,597 kg, die mittlere Kurdauer 27 Tage, die mittlere Vermehrung pro Kurtag 60,1 g.

Bei sieben Kindern wurden die roten und weißen Blutkörperchen gezählt; sechs davon weisen Vermehrung des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen bei gleichzeitiger Verminderung der weißen Blutkörperchen auf; bei einem Kinde nahm der Hämoglobingehalt ab, während die Zahl der roten Blutkörperchen gleich blieb. Die Vermehrung des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen kann nicht, durch bloße Auswanderung nach der Haut unter dem Einfluß des Salzreizes, erklärt werden, sondern muß vielmehr als eine vermehrte Blutbildung unter der Einwirkung der Solbadkur aufgefaßt werden.

b) Die Solbäder wirken auf den Stoffwechsel, wie vielfach von mir ausgeführte frühere Untersuchungen beweisen, im Sinne erhöhten Anbaues und besserer Ausscheidung der Abbaustoffe. Dabei konnte ich folgendes feststellen: Der Stickstoffoxydationskoeffizient $\frac{\text{Harnstoff} = \text{N}}{\text{Gesamt} = \text{N}}$ nimmt zu, ebenso der Respirationsgaswechsel ($CO_2 + O_2$); der Respirationsquotient $\frac{CO_2}{O_2}$ nimmt ab. Die Diurese wird mächtig angeregt; die Ausscheidung der Chloride, der Schwefelsäure, des Kalkes, des Harnstoffs und der Harnsäure ist stark vermehrt, die der Phosphorsäure dagegen vermindert.

Die Schweißabsonderung nimmt ebenfalls zu. Der ganze Lebensprozeß wird intensiver und infolgedessen wird bei Kranken die Resorption und Ausscheidung von Entzündungsresiduen gefördert.

4. Prof. Dr. Combe, Dr. Blanc (Lausanne): **Traitement de la Tuberculose pulmonaire par les rayons x.**

Combe (Lausanne): Die starken Dosen von zehn H. bewirken, wie die vorgelegten Bilder es beweisen, sowohl beim Säugling als beim älteren Kinde eine Neubildung von Bindegewebe, welche die tuberkulösen Herde abkapseln. Man soll noch studieren, ob durch die Einwirkung auf den Thymus die starken Dosen nicht einen nachteiligen Einfluß auf das Skelettwachstum haben. Um diese Frage zu erleuchten, hat Combe eine Serie von Versuchen bei Kaninchen angestellt, welche noch nicht abgeschlossen sind. Jedenfalls wird man vorläufig mit Vorsicht große Dosen bei Säuglingen anwenden.

Feer hat auch spontane Heilung von Lungentuberkulose beim Säugling gesehen. Er hält es für möglich, daß starke Bestrahlung beim Säugling noch nach Jahren Störungen (speziell des Wachstums) ergeben könnte.

5. Dr. Mallet (Genf): **La méningite cérébrospinale à Genève.** Vieusseux beschrieb 1806 die erste Epidemie in Genf unter dem Namen „Fièvre cérébrale ataxique". Seit 1871 konnte Vortr. nur 55 Fälle wieder ausfindig machen. Seit 1900 wird die Krankheit endemisch in Genf. Drei Maxima wurden konstatiert 1904, 1908, 1914 bis 1915, diese Maxima entsprechen denjenigen der schweizerischen Statistik und sind wohl auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen, nämlich auf die großen Militärmanöver und auf die Mobilisation. Die Mortalität hat seit 1900 abgenommen, seitdem man die Lumbalpunktion und die Serotherapie eingeführt hat. Die jungen Leute bis zum 30. Jahre sind meist betroffen (74% auf 55 Fälle), die Kinder bis zum 16. Jahre waren in 38% erkrankt. Die Diagnose wird sichergestellt durch den Nachweis des Meningokokkus in der Zerebrospinalflüssigkeit. Man kann ihn direkt im Zentrifugat durch Färbung nachweisen oder in Kulturen nach Conradi (1/3 Zerebrospinalflüssigkeit, 2/3 Gelose). Die chronische Form ist nicht selten beim Kinde. Je früher und massiver die Seruminjektionen gemacht werden, desto besser ist das Resultat.

Wieland (Basel) hat in den letzten Jahren viel weniger Fälle als in den Jahren 1907 bis 1908 beobachtet. Er kann die Ansicht von Mallet nicht bestätigen, daß durch die Mobilisation eine Rekrudeszenz der Krankheit eingetreten sei. In Basel, wo sehr viele Truppen aufgeboten wurden, traf diese nicht zu.

Die Prognose betrachtet er besser bei Säuglingen als bei den älteren Kindern. Die Serotherapie hat ihm gute Resultate gegeben.

Prof. Stooß: Die Prognose ist bei Säuglingen mit ausgesprochener Meningitis ungünstig ohne Serumtherapie. Wird rechtzeitig eingespritzt, so wird sie sehr viel günstiger. Große Dosen sind notwendig. Bei einem Säugling, der bewußtlos am sechsten Tag in Behandlung kam, wurden 115 ccm eingespritzt (in sechs Mal). Das Kind heilte restlos aus.

6. Dr. Monnier (Zürich): **Über die chirurgische Behandlung der sogenannten kongenitalen Pylorusstenose beim Säugling.** Die sogenannte kongenitale Pylorusstenose kann in den meisten Fällen durch die innere Therapie mit Erfolg behandelt werden. Es gibt aber renitente Fälle mit rapidem Sturz der Gewichtskurve, bei welchen es angezeigt ist, das Hindernis am Pylorus operativ zu beseitigen. Wir besitzen in der Operation von Rammstedt ein elegantes, rapides und wirksames Mittel, die spastischen Erscheinungen zu beseitigen. In Narkose wird die meist stark verdickte Muskulatur des Pylorus der Länge nach gespalten, die Schleimhaut bleibt unberührt. Die Inzisionslippen klaffen dann um einige Millimeter. Eine Naht wird nicht gemacht, höchstens kann man einen Zipfel Netz auf die Wunde nähen. — Monnier operierte auf diese Weise drei Patienten der Feerschen Klinik; die sehr heruntergekommenen Säuglinge vertrugen den Eingriff ausgezeichnet, bei zwei Säuglingen hörte das Erbrechen sofort auf, bei dem dritten nach drei Tagen, und die Ernährung konnte bald in normaler Weise vor sich gehen. Nach kurzer Erwähnung der Krankengeschichten kommt der Vortr. zu dem Schlusse, daß man sich früher zur Operation entschließen wird, seitdem wir eine einfache und ungefährliche Methode besitzen, die viel leichter auszuführen ist als die Gastroenterostomie.

Diskussion. d'Espine (Genf): Gewiß ist die Methode von Rammstedt und die Resultate, die Monnier erzielte, sehr interessant. Man darf aber nicht vergessen, daß fast verzweifelte Fälle sich mit interner Behandlung noch erholen können, wie eine herumgereichte Photographie es beweist. Durch stufenweise Darreichung von Nahrung kann man den Pylorus allmählich dilatieren.

Stooß (Bern) hat bei seinen Fällen nie Gelegenheit gehabt, einen operativen Eingriff vornehmen zu lassen. Die fettarme kondensierte Chamer Milch wird gut vertragen, Frauenmilch muß entfettet werden.

Reber (Basel) berichtet von einem mit Erfolg durch Rammstedt operierten Fall.

7. Dr. E. de Reynier (Neuchâtel): **Une épidemie de teigne chez les écoliers.** Diese Epidemie, verursacht durch das Mikrosporon Audouini betraf 98 Kinder im Alter von 3—15 Jahren. Die Behandlung nach Sabouraud wurde mit Erfolg durchgeführt.

8. Prof. Dr. E. Feer (Zürich): **Die Pachymeningitis hämorrhagica interna beim Säugling.** Die Krankheit ist im Gegensatz zu früheren Ansichten nicht sehr selten — fünf Fälle in drei Jahren am Züricher Kinderspitale — und diagnostisch wichtig. Sie betrifft meist chronisch ernährungsgestörte, anämische Säuglinge vom dritten Monat an.

Der Beginn erfolgt unter den Zeichen gesteigerten Hirndruckes: Erbrechen, Unruhe, gesteigerte Patellarreflexe, Muskelhypertonie, daneben oft etwas Fieber; in schweren Fällen mit Somnolenz, Nackenstarre, Konvulsionen, Strabismus. Immer ist die Fontanelle vorgewölbt und gespannt. Die Lumbalpunktion ergibt meist blutigen Liquor; der Blutgehalt wird in der Praxis wohl oft auf eine ungeschickte Punktion bezogen; die gleichmäßige rote Färbung oder der gelbliche Ton oder die Anwesenheit ausgelaugter Erythrozyten zeigt aber, daß es sich nicht um eine frische Blutung handelt. Die Punktion der großen Fontanelle (2 cm neben der Medianlinie, feine Nadel) ergab in meinen Fällen stets in der Tiefe von wenigen Millimetern blutigen Liquor. Sehr charakteristisch sind Netzhautblutungen, die in fünf Fällen nur einmal fehlten. Die Papille kann das Bild der Neuritis oder der Stauung ergeben.

Die Dauer erstreckt sich über Monate. Meist tritt völlige Heilung ein; einmal trat nach Monaten ein Rezidiv mit Fazialisparese ein. Ein Fall heilte mit einseitiger Erblindung (Atrophie der Papille) und mit Hydrozephalus (externus) aus.

Die Ätiologie ist unsicher, vielleicht mehrfach. Nasendiphtherie und Lues (Rosenberg) waren nie vorhanden. Trauma war nie nachzuweisen. Geburts-

trauma des späten Auftretens wegen unwahrscheinlich. Auf eine hämorrhagische Diathese weist vielleicht ein Fall hin, wo bei hochgradiger Anämie kleine Hautblutungen auftraten.

Anatomisch fand sich in diesem Falle unter der Dura blutig-seröse Flüssigkeit mit feinen gefäßreichen Membranen durchzogen; die Dura war fest mit dem Schädel verwachsen.

Differentialdiagnostisch sind der blutige Liquor spinalis, den wir stets steril fanden (Punktionstrauma ausschließen!), mehr noch cerebralis und besonders die Netzhautblutungen entscheidend. Luetischer Hydrozephalus, seröse und tuberkulöse Meningitis kommen in Erwägung.

Therapeutisch wirken Punktionen der großen Fontanelle entlastend und gut.

Hüssy (Ägeri) frägt an, wie lange die Blutungen in der Retina nachweisbar sind (6—8 Wochen).

Wieland und d'Espine besprechen die Rolle eines Traumas auf die Entzündung.

Nach Schluß der offiziellen Sitzung vereinigte ein Bankett sämtliche Mitglieder auf der Terrasse des Hotel Terminus. In feinsinniger Weise toastierte der Präsident auf das Vaterland und wies auf die Aufgaben der Schweizer Ärzte nach dem Kriege. Dr. de Reynier dankte im Namen von Neuenburg. Nach einem gemeinsamen Besuch des Pavillon Jeanjaquet und des wunderschönen Hôpital des Cadolles trennte man sich mit einem „Auf Wiedersehen in Lausanne".

(Gesellschaft Schweizerischer Pädiater. 25. Juni 1916.)
(Ref. aus d. Schweiz. Corr.-Bl.)

III. Therapeutische Notizen.[1])

Bei **Asphyxia neonatorum** wendet Dr. Rothschild (Delmenhorst) folgendes einfache Verfahren an: In eine größere Badewanne mit warmem Wasser wird das neugeborene Kind so hineingesetzt, daß das Kind mit dem Gesicht nach oben sieht, also gleichsam auf dem Rücken schwimmt. Alsdann macht man mit dem mit seinem Rücken auf der flachen Hohlhand ruhenden kindlichen Körper Bewegungen in der Längsrichtung der ganzen Badewanne, so daß beim Entgegendrücken gegen die Wassermasse die Ärmchen und Beinchen sich von selbst emporschlagen, dagegen beim Zurückgehen diese wieder von selbst in die Ruhelage, d. h. an dem Körper anliegend, zurückgehen. In eine zweite, kleine Wanne mit kaltem Wasser, die daneben steht, wird das Kind nach einigen Schwimmbewegungen für einen Moment hineingesetzt und dann die Schwimmbewegung wieder von neuem begonnen. Der Vorteil dieses einfachen Verfahrens dürfte darin bestehen, daß Verletzungen ausgeschlossen sind und eine stärkere Abkühlung vermieden wird. (M. m. W. 1916. Nr. 28.)

* **Palliative Behandlung von Zahnschmerzen.** Von Bat.-Arzt Dr. du Mont, zurzeit im Felde. „Gelegentlich außerordentlich heftiger Zahnschmerzen, die weder durch Extraktion eines (übrigens gesunden) Zahnes noch durch energische Jodeinpinselungen auch nur im geringsten beeinflußt wurden und mir Tag und Nacht keine Ruhe ließen, zog ich, um auf irgendeine Weise etwas Linderung zu finden, den Duft von Kölnischem Wasser ein. Bei dieser Gelegenheit kamen einige Tropfen dieser Flüssigkeit auf meine Nasenschleimhaut, und in demselben Augenblick waren die Zahnschmerzen dauernd verschwunden. Ich habe nun namentlich jetzt während des Krieges, aber auch in der Friedenspraxis, diese Versuche in einer ganzen Reihe von Fällen, und zwar mit Schwefeläther, wiederholt und hatte jedesmal denselben Erfolg. Die Anwendung ist außerordentlich einfach. Ich gieße auf ein erbsengroßes Stück Watte einige Tropfen Äther und stecke die angefeuchtete Watte je nach dem Sitze der Schmerzen in das rechte oder linke Nasenloch des Patienten. Ein leichter Druck auf die Nase genügt dann, um bei nach hinten geneigtem Haupte einige Tropfen auf die Nasenschleimhaut gelangen zu lassen. Die Watte wird darauf meist vom Patienten selbst schleunigst entfernt, und der Schmerz ist verschwunden, und zwar nicht für einige Minuten, sondern für lange Zeit. Diese Versuche wurden nicht nur bei

---

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



kariösen Zähnen, sondern auch bei Wurzelhautentzündungen, rheumatischen Zahnschmerzen stets mit gleichem Erfolge vorgenommen."

(D. m. W. 1916. Nr. 11.)

Praktische Vorschläge zur Sommertherapie. Von Dr. phil. Karl Hoffmann (Altona). Eine häufig vorkommende ärztliche Ordination bei den Magendarmerkrankungen der Kinder lautet ungefähr:

Rp. Acid. mur. dilut. 0,5
Tinct. opii spl. gtt. 5
Aq. dest. 80,0
Mucilago
Gummi arab.
Sir. rub. Idaei āā 10,0
M. Ds. Teelöffelweise zu geben.

Verf. zeigt, daß eine solche Verordnung recht unzweckmäßig ist. Aq. dest. steht manchmal in den Apotheken wochenlang und kann dann stark bakterienhaltig werden. Mucil. gummi arab. oder Mixt. gummosa, ebenso Zucker- und Fruchtsaftlösung sind leicht zersetzlich, erstere für den Magen sicher nicht gerade zuträglich. Man korrigiere also lieber mit Saccharin und benutze Mucil. Salep, so daß die zweckmäßige Ordination lauten würde:

Rp. Acid. mur. dilut. 0,5
(Tinct. opii simpl. gtt. V.)
Mucil. Salep ad 100,0
Tabl. Sacchar. $^1/_2$
M. Ds. Teelöffelweise zu geben.

(Ärztl. Rdsch. 1916. Nr. 22.)

*** Über die Behandlung der äußeren Tuberkulose mit Lecutyl und künstlichem Sonnenlicht.** Von Dr. Artur Strauß. (Aus der Lupusheilanstalt der städtischen Krankenanstalten in Barmen.) In der Vereinigung der örtlichen und allgemeinen Lecutylbehandlung mit künstlichen Sonnenbädern scheint Verf. nach seinen bisherigen Erfahrungen ein überraschend einfacher und sicherer Weg zur Bekämpfung der äußeren Tuberkulose in allen ihren Erscheinungsformen erschlossen zu sein, der unter Ausschaltung kostspieliger, langwieriger, umständlicher und schmerzhafter örtlicher Lichttherapie vor allem dadurch sich auszeichnet, daß er nicht nur zur Heilung der äußeren Erscheinungsformen, sondern auch zur erfolgreichen Behandlung des tuberkulösen Menschen führt. Verf. ging in folgender Weise vor: Die Kranken erhielten 2—3 mal wöchentlich ihren örtlichen Lecutylverband. Nebenher wurden sie bei ambulanter Behandlung 2—3 mal wöchentlich, bei klinischer möglichst täglich allgemein bestrahlt. Die Verbände blieben liegen, die örtlichen Herde wurden also dem Lichte nicht ausgesetzt. Die Bestrahlungszeiten wurden langsam bis zu $^1/_2$ Stunde und mehr bei einem Abstand von ungefähr 1 m bis 50 cm gesteigert, und in jeder Sitzung wurde dem Licht der künstlichen Höhensonne unter gleichzeitiger Benützung des Glühlampenringes nacheinander die vordere und hintere Körperfläche ausgesetzt.

(M. m. W. 1916. Nr. 13.)

*** Eine in Krankenhäusern epidemisch auftretende Fadenpilzerkrankung der Haut (Ekzema marginatum Hebrae).** Von Dr. W. Fischer. (Aus dem Dermatologischen Vereinslazarett der Stadt Berlin in Leichtkrankenhaus-Plötzensee.) So wie es Hebra geschildert hat, ist das Leiden zweifellos selten, wichtig ist aber auch noch jetzt sein Hinweis auf dessen Prädilektionsstellen, nämlich die Leistenbeugen. Wenn man darauf achtet, wird man bei vielen Menschen an den Innenseiten der Oberschenkel, wo das Skrotum anliegt, einen oder mehrere rundliche, leicht erythematöse, oft auch ganz reizlose, diffus kleieförmig schuppende Kreise finden. Untersucht man die Randschuppen im Mikroskop nach Kalilaugenaufhellung, so fallen im Präparat zahlreiche gewundene Pilzfäden und Sporenketten auf. In diesem Zustand ist die Affektion nicht progredient und verursacht keine subjektiven Beschwerden. Durch bestimmte Momente, wie dauernde Bettwärme, feuchte Umschläge, Bäder usw., wird nun häufig der bis dahin ruhende Prozeß akut. Der primäre Herd wird entzündlich gereizt, fängt an zu jucken, es entwickeln sich an seinem Rande oft Bläschen, und es kann nun mit einem Schlage zu einer Ausbreitung über große Partien des ganzen Körpers kommen. Oft werden zuerst die Gelenkbeugen, speziell die Achselhöhlen, wo ja ähnlich wie in der Genitoanalgegend eine feuchtwarme Atmosphäre herrscht, befallen;

mindestens ebensooft, vielleicht noch häufiger findet aber eine Pilzansiedlung auch auf den freien Körperflächen statt. In diesem Stadium treten die subjektiven Beschwerden, wie Brennen und dauerndes Juckgefühl, meist stark in den Vordergrund und sind namentlich für bettlägerige Personen außerordentlich lästig und quälend. In den Leistenbeugen selbst kann es, allerdings viel seltener, währenddem zur Bildung großer, nässender Flächen kommen; diese Form nähert sich am meisten der alten Beschreibung von Hebra. Hinsichtlich der klinischen Merkmale kann man bei der generalisierten Erkrankung zwei Formen unterscheiden. In den akutesten Fällen treten erythematöse, diffus schuppende Herde in großer Anzahl auf, die zum Teil durch Konfluenz entweder eine diffuse Ausdehnung gewinnen oder, wenn sie zentral abheilen, zu unregelmäßig begrenzten, girlandenförmigen und polyzyklischen Figuren auswachsen. Diese Form entsteht meist nach feuchten Umschlägen und lokalisiert sich häufig anfangs scharf entsprechend den Hautpartien, auf denen die Kompressen appliziert waren (Brustumschläge!). Die zweite Form verläuft langsamer und bildet einen richtigen herpetischen Fleck mit kleinen Bläschen, erhabenem Rande und mehr oder weniger ausgeprägter zentraler Heilungstendenz. Natürlich finden sich auch Übergänge zwischen diesen beiden charakteristisch erscheinenden Formen. An den Händen und Füßen, wo sich die Mykose an den Interdigitalfalten lokalisiert, ist ihr Aspekt der eines chronischen oder subakuten Ekzems; übrigens sind diese Stellen bei dem hier in Betracht kommenden Verlauf fast nie befallen. Auch für den, der mit den hier skizzierten klinischen Bildern nicht vertraut ist, läßt sich stets die Diagnose sehr schnell und leicht durch den mikroskopischen Pilznachweis in den Hautschuppen stellen. Eine richtige Diagnosenstellung ist aber unerläßlich und deshalb wichtig, weil von ihr die allein erfolgreiche Therapie abhängt. Puder und indifferente Pasten nützen nichts und halten die Progredienz nicht auf, vielmehr muß von vornherein antiparasitär behandelt werden! Für isolierte Herde eignet sich am besten Jodtinktur, die bei stärkerer Hautreizung zuerst eventuell verdünnt werden kann. Bei diffuserer Ausbreitung arbeitet man zweckmäßig mit Schwefel- oder Chrysarobinsalben. Einige Rezepte mögen hier folgen:

Sulfur praecipitatum	10—20
Vaselinum flavum	ad 100
Chrysarobin	0,25—0,5
Zink. oxydat.	30
Vaselinum flavum	ad 100
Anthrarobin	1,0
Tumenol	4,0
Äther	15,0
Tinctur. Benzoes	ad 30,0

Bei ausgedehnten Fällen, die man tunlichst isoliert oder Spezialabteilungen überweist, sind zur Haftung der Salben Verbände empfehlenswert. Auch nach der klinischen Heilung, die einige Wochen in Anspruch nimmt, muß noch eine Zeitlang weiter behandelt werden. (D. m. W. 1915. Nr. 48.)

* **Ein Beitrag zur Therapie des Erysipels des Stammes und der Extremitäten.** Von Dozent Dr. Otto Kren. (Aus der dermatologischen Abteilung des Kaiser-Jubiläums-Spitals der Stadt Wien.) Das kontinuierliche warme Wasserbad hat sich als außerordentlich nützlich erwiesen: Erleichterung sämtlicher Beschwerden, Rückgang des Fiebers, baldiger Stillstand des lokalen Prozesses. Bei 10 Fällen durchschnittliche Heildauer von 4 Tagen. Bei Kindern, Greisen, kranken Personen bleibt auch bei dieser Behandlung Erysipel ein gefährliches Leiden, auch ist hier sowie bei geschwächtem Herzen die Wasserbehandlung nur mit Vorsicht anzuwenden: am besten bloß tagsüber (12—16 Stunden). Ein degeneriertes Herz bildet eine strikte Kontraindikation für die Wasserbettbehandlung.

(W. kl. W. 1915. Nr. 29.)

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. **Mai 1917.** Nr. 5.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Herbert Koch, Die Tuberkulinbehandlung im Kindesalter. (Aus der Kinderklinik Wien.) (Ztschr. f. Kinderhlk. 13. S. 1.) Verf. tritt für die Tuberkulinbehandlung auch im Kindesalter ein. In der Methodik bevorzugt er die Injektion des Tuberkulins in größerer Flüssigkeitsmenge (20 bzw. 10 ccm) und den Wechsel der Injektionsstelle. Beides setzt die Reaktion an der Injektionsstelle herab, die größere Flüssigkeitsmenge wird besser resorbiert. Für alle Dosen sind nur zwei Verdünnungen nötig, die eine 1:100000 die zweite 1:10000. Die Anfangsdosis beträgt 0,1 der ersten Verdünnung (= 1 μ = $1/_{1000}$ mg Alttuberkulin, die Enddosis 10 ccm der zweiten Verdünnung. Um die Enddosis zu erreichen, sind bei langsamer Steigerung 25 in geometrischer Progression steigende Dosen nötig. Die Dauer der Behandlung beträgt etwa 9—12 Wochen. Die Erfolge der Behandlung, selbstverständlich unterstützt durch Freiluftliegekur und reichliche Ernährung, sind sehr gute. Zur Behandlung ungeeignet sind schwere phthisische Prozesse, Amyloidose, miliare Tuberkulose und Meningitis tuberculosa. Schick.

Herbert Koch, Initialfieber der Tuberkulose. (Aus der Kinderklinik Wien.) (Ebenda. 3. S. 9.) In drei tuberkulosefrei in die Klinik aufgenommenen und hier unabsichtlich mit Tuberkulose infizierten Fällen konnte der Verlauf des Frühstadiums der Tuberkulose, d. i. die Zeit von der Infektion bis zum Auftreten der Pirquetschen Reaktion, beobachtet werden. Außer einem in allen drei Fällen in der 7. Woche post infectionem vorkommenden Fieber deutete kein Symptom auf den Beginn der Tuberkuloseerkrankung hin. Dieses Fieber wird als Initialfieber der Tuberkulose bezeichnet und zeigt schon den Typus des tuberkulösen Fiebers. Im dritten Falle konnte röntgenologisch zur Zeit der positiven kutanen Reaktion das Auftreten einer Drüsenschwellung am Hilus nachgewiesen werden. Schick.

D. Kunckel, Zur Kenntnis der Blutveränderungen bei Frühgeburten und debilen Kindern. (Städtisches Kinderasyl und Waisenhaus Berlin.) (Ebenda. 13. S. 101.) Untersucht wurden 60 Frühgeburten, 7 Zwillinge, 7 debile Kinder; letztere zwei Gruppen sind nicht sichere Frühgeburten. Der Hämoglobingehalt sinkt normalerweise von der Geburt allmählich und beträgt am Ende der 4. Woche 85 %, bei Frühgeburten finden sich zu dieser Zeit Werte von 50—60 %. Die Zahlen im 2. und 3. Monat betragen normalerweise

(ärmere Volksschichte) 70% bzw. 65%, später 50—60%. Die Zahlen bei Frühgeburten blieben beträchtlich zurück (46,5—55,2% im 2. bis 4. Monat). Die Erythrozytenzahl ist dagegen ungefähr normal. Es besteht also geringer Hämoglobingehalt des einzelnen roten Blutkörperchens (Chloranämie). Die Zahl der weißen Blutkörperchen ist bei gesunden Frühgeburten niedrig, bei Erkrankungen steigt die Zahl rasch.

Bei Besprechung der Ätiologie der Anämie lehnt Verf. äußere Bedingungen (Ernährung, äußere Lebensbedingungen) ab. Auch die Annahme eines angeborenen Eisenmangels ist als alleinige Ursache nicht genügend. Die Prognose der Anämie ist günstig. Therapeutisch wurde in einzelnen Fällen durch Freiluftkur Besserung erzielt.

Schick.

F. Weihe, Die interlobäre Pleuritis im Kindesalter und ihr röntgenologischer Nachweis. (Aus der Kinderklinik Frankfurt a. M.) (Ebenda. 13. S. 119.) In der Ätiologie spielt die Tuberkulose eine große Rolle, aber auch die Pneumonie kann häufig zur Entwicklung der interlobären Pleuritis führen. Mit Ausnahme eines Falles waren alle Kinder akut erkrankt. In der Mehrzahl bestanden Zeichen einer Allgemeininfektion, Angina, Bronchitis. 2 Fälle zeigten ein infektiöses, scharlachähnliches Erythem. Einmal schloß sich die Erkrankung direkt an Masern an. 4 Fälle waren Teil- oder Folgeerscheinung einer Bronchopneumonie. Das Fieber war durchweg sehr hoch intermittierend (Schwankungen zwischen 41° und 36°). Auffallend waren kollapsartige morgendliche Remissionen. Das Fieber dauerte 8 Tage bis 3 Wochen. Die Besserung war meist eine ganz plötzliche; von heute auf morgen waren die Kinder genesen. Mit dem hohen Fieber und schweren Allgemeinbefinden kontrastierte der minimale bzw. negative Lungenbefund. Erst das Röntgenbild ermöglichte die Diagnose. Das schattengebende Exsudat lag stets zwischen Ober- und Mittellappen rechts, nur einmal links zwischen Ober- und Unterlappen. Der Schatten ist bleistiftdick, bandförmig. Viermal konnte bei Punktion seröses Exsudat nachgewiesen werden. Die Punktion ist schwierig. Schick.

Hans Schaeffer, Versuche über Abtötung von Diphtheriebazillen durch Optochin und Eucupin. (Aus der bakteriolog. Abteilung des Hygienischen Universitätsinstituts zu Frankfurt a. M.) (B. kl. W. 1916. Nr. 38.) Die Versuche, die in üblicher Weise angestellt wurden, zeigten, daß das Optochin hydrochloricum sich noch in der Konzentration von 1 : 10000, zuweilen von 1 : 20000 entwicklungshemmend erwies. Das ist eine recht beträchtliche Wirkung, wenn wir berücksichtigen, daß z. B. die Karbolsäure demselben Diphtheriestamm gegenüber erst in der Konzentration von 1 : 1000 entwicklungshemmend wirkte, während in der Konzentration 1 : 2000 bereits Wachstum eintrat.

Schon diese entwicklungshemmende Wirkung des Optochins gegenüber Diphtheriebazillen wäre nicht ohne Bedeutung, wenn es gelänge, sich dieser auf der Tonsille des Diphtheriekranken oder des Bazillenträgers zu bedienen und dadurch die Krankheitserreger in ihrer Entwicklung ungünstig zu beeinflussen. Wie noch weiter unten gezeigt

werden wird, kann als sicher angenommen werden, daß selbst bei Anwesenheit von Körperflüssigkeiten die entwicklungshemmende Konzentration des Optochins erreicht werden kann.

Verf. hat zum Vergleich das Chininum hydrochloricum herangezogen und sich im orientierenden Versuch davon überzeugt, daß dieses eine entwicklungshemmende Wirkung auf Diphtheriebazillen ausüben kann, wiewohl dieselbe geringer ist als die des Optochins: 1 : 4000 bei Chinin. hydrochlor., 1 : 10000 bei Optochin hydrochlor.

Morgenroth verdanken wir eine Reihe von weiteren Derivaten des Chinins, so Amylhydrocuprein (Eucupin). Dieses Präparat, über welches Morgenroth und Tugendreich bereits berichtet haben, erwies sich im Hemmungsversuch noch erheblich wirksamer als das Optochin. Konzentrationen von 1 : 100000 waren in vielen Fällen **wirksam, solche von 1 : 50000 in allen Fällen. Diese außerordentliche** Wirksamkeit gegenüber Diphtheriebazillen macht dies Präparat für den Versuch einer lokalen Anwendung bei Kranken oder Bazillenträgern noch geeigneter als das Optochin.

Soviel von den Hemmungsversuchen.

Was nun die Abtötung von Diphtheriebazillen betrifft, so hat Verf. darüber eine Reihe von Versuchen mit vier tiervirulenten Diphtheriestämmen ausgeführt. Das übereinstimmende Ergebnis dieser Abtötungsversuche war, daß innerhalb von 45 Minuten alle untersuchten Stämme noch durch die Konzentration des Optochins von 1 : 400 abgetötet wurden; in einer Anzahl der Versuche tötete auch die Konzentration 1 : 800 ab. Die Zeitdauer von 45 Minuten ist nicht nötig, da andere Versuche zeigten, daß auch nach 10 Minuten bereits in der Verdünnung 1 : 400 Abtötung eintritt.

Dieses Resultat ist bemerkenswert, wenn man berücksichtigt, daß z. B. Karbolsäure erst in mehr als 1⁰/₀igen Lösungen abtötend wirkt. Diese Desinfektionswirkung des Optochins ist geringer wie die mancher uns bekannter Desinfektionsmittel, z. B. die des Sublimats. Doch können begreiflicherweise solche Mittel für therapeutische Zwecke nicht in Betracht kommen. Wenn auch das Optochin den Pneumokokken gegenüber eine sehr viel höhere Wirksamkeit zeigt als gegenüber den Diphtheriebazillen, so wäre es nach S.'s Meinung doch nicht richtig, die geringere Wirkung gegenüber Diphtheriebazillen zu übersehen.

Das Eucupin erwies sich, wie nach den Hemmungsversuchen schon anzunehmen war, dem Optochin auch in der Abtötung überlegen. Es tötete einen Stamm in der Konzentration 1 : 2000, **einem** anderen gegenüber zeigte es sich noch in der Konzentration 1 : 8000 wirksam.

1⁰/₀ige und wahrscheinlich höher konzentrierte Lösungen des Optochins und Eucupins könnten ohne jedes Bedenken sowohl zum Gurgeln wie zum Pinseln der Tonsillen benutzt werden; solche Konzentrationen des Optochins werden an der viel empfindlicheren Kornea ohne Schaden verwendet. Der unangenehm bittere Geschmack, der diesen Chininderivaten eigen ist, könnte vielleicht mittels Saccharin oder dergleichen korrigiert werden.

Man kann natürlich auf Grund der bisher vorliegenden Versuche

nichts darüber aussagen, ob die abtötende Wirkung auch im Organismus eintreten wird. Um auch dafür Anhaltspunkte zu gewinnen, sind vor allem Versuche zur Lösung der Frage nötig, ob diese Mittel in Anwesenheit von Körperflüssigkeiten ihre Wirksamkeit beibehalten. Deshalb wurden noch Abtötungsversuche im Menschenserum ausgeführt. Dabei konnte man beobachten, daß die Basen des Chinins, Optochins und Eucupins nicht gleich stark im Serum ausfielen. Stellt man von einer 5%igen Lösung von salzsaurem Chinin, Optochin und Eucupin eine $^1/_2$%ige Lösung in konzentriertem Menschenserum her, so kann man sehen, daß die Eucupinbase am stärksten, die Chininbase am schwächsten ausfällt. Diese Mischungen töten Diphtheriebazillen sicher ab. $^1/_2$ Stunde Einwirkung genügt, um eine Vernichtung der Bazillen in allen drei Fällen herbeizuführen. Dieses Ausfallen der Base scheint für die Wirksamkeit der Mittel im menschlichen Organismus zweckmäßig zu sein, da man sich leicht vorstellen kann, daß durch dieses Ausfallen an den Tonsillen gewissermaßen ein Depot geschaffen wird, von dem aus stets genügende Mengen des Desinfektionsmittels zur Abtötung und Hemmung abgegeben werden können.

Die anästhesierende Wirkung von Optochin und Eucupin zeigt, daß die Mittel auch in die Tiefe des Gewebes einzudringen vermögen. Diese Eigenschaft macht die beiden Mittel zur Desinfektion der Krypten und Lakunen der Tonsillen besonders geeignet und läßt die meisten anderen Desinfektionsmittel hinter ihnen zurücktreten, da diese sich bereits an der Oberfläche des Gewebes erschöpfen.

Grätzer.

M. Pfaundler (München), Schulorganisatorischer Vorschlag zur Minderung der Kindersterblichkeit an akuten Infektionskrankheiten. (M. m. W. 1916. Nr. 32.) Masern und Keuchhusten sind fast nur (Diphtherie und Scharlach hauptsächlich) im vorschulpflichtigen Alter lebensgefährlich. Gelänge es, bei gleichbleibender Gesamthäufigkeit dieser Krankheiten den Ansteckungstermin nur bis in das 6. Lebensjahr aufzuschieben, so würde die Masern- und die Keuchhustenmortalität je um rund 50% vermindert werden und es würden beispielsweise in München jährlich allein an Masern- und Keuchhustentodesfällen etwa 360 eingespart werden. Der überwiegende Teil der Masern- und Keuchhustensterbefälle geht darauf zurück, daß Kinder, die die Krankheit in der Schule oder Spielschule erworben haben und selbst ohne Gefährdung überstehen, ihre jüngeren Geschwister (Wohnungsgenossen) infizieren. Rigoroseste Vorkehrungen zur Verhütung von Masern- und Keuchhustenverbreitung in der Schule sind in größeren Gemeinden nicht ohne schwere Störung des Unterrichtsbetriebes und Beeinträchtigung des Lehrerfolges allgemein durchführbar; sie bringen überdies den Schulkindern selbst kaum Nutzen. Es empfiehlt sich aber dort, wo Parallelklassen bestehen, die Scheidung der Gesamtjahrgänge nach dem Vorhandensein oder Fehlen gefährdeter (jüngerer) Geschwister und Wohnungsgenossen vorzunehmen und Vorkehrungen gegen die Verbreitung von Masern und Keuchhusten in der einen Kategorie von Klassen zu unterlassen, in der anderen mit erhöhter Schärfe zu

treffen. Als Schutzmaßnahmen kommen namentlich das System der kurzfristigen Schulschließungen und die Kontrolle vor Unterrichtsbeginn in Betracht. Grätzer.

H. Kleinschmidt, Diabetes mellitus im Kindesalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.) (M. Kl. 1916. Nr. 49). Jedem Arzt ist bekannt, daß der Diabetes mellitus im Kindesalter eine zwar seltene, aber schwere Erkrankung darstellt. Immerhin ist es kein Zufall, wenn Verf. augenblicklich gleichzeitig drei Kinder mit dieser Erkrankung zu behandeln hat. Denn die Seltenheit geht nicht so weit, daß wir in einer Großstadtklinik nicht dauernd Veranlassung hätten, uns mit dem Diabetes des Kindes zu beschäftigen. Um eine Zahl zu nennen, kann Verf. erwähnen, daß er im Laufe der letzten drei Jahre 14 Kinder im Alter von 2—14 Jahren wegen Diabetes zu behandeln hatte, und zwar 9 Knaben und 5 Mädchen. Davon fallen 12 auf das erste Dezennium, 2 auf das zweite. Diese Zahl würde wahrscheinlich noch größer sein, wenn man sich in der Klinik nicht im wesentlichen auf die Behandlung von Kindern aus den minderbemittelten Kreisen beschränkte. Denn es steht ja fest daß der Diabetes die wohlhabenden Volksschichten weit mehr befällt, als die ärmeren Klassen. Unter den genannten Kindern befinden sich nur zwei aus gebildeten Kreisen. Der Diabetes spielt also zweifellos auch in der ärmeren Bevölkerung eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Wer die beiden 6 und 7 Jahre alten Mädchen und den 9jährigen Knaben betrachtet, dem wird ohne weiteres auffallen, wie verhältnismäßig gut sie aussehen. Ihr Ernährungszustand ist zwar nicht glänzend, aber doch nicht schlechter als von zahlreichen Kindern, bei denen wir keinerlei Krankheitserscheinungen auffinden können. Das Gleiche gilt von ihrer Farbe, ihrer Stimmung und Leistungsfähigkeit. Diese Tatsache steht in einem gewissen Gegensatz zu dem, was Verf. eingangs sagte, daß es sich nämlich beim Diabetes des Kindes um eine schwere Erkrankung handelt. Hier haben wir leichte, günstig beeinflußte Krankheitsfälle vor uns. Verf. kennt das 6jährige Mädchen seit 20 Monaten, das 7jährige seit 13 Monaten und den Knaben seit einem Vierteljahre. Alle drei kamen mit hohen Zuckerwerten und zum Teil geringer Azidose, aber doch mit den Erscheinungen der leichten Form des Diabetes in Behandlung, denn ihre Glykosurie ließ sich durch weitgehende Ausschaltung der Kohlehydrate in der Nahrung beseitigen. Also es gibt auch im Kindesalter diese leichte Form der Erkrankung. Verf. fand sie unter den genannten 14 Fällen 5mal, während 2mal die mittelschwere, 7mal die schwere Form beobachtet wurde. v. Noorden hat schon vor Jahren den Standpunkt vertreten, daß es falsch ist, wenn vielfach angenommen wird, die Krankheit setze im Kindesalter sofort mit der als schwere Form bekannten Glykosurie ein. Der Ernst der Erkrankung beruht vielmehr darauf, daß der Übergang von der leichten Form in die schwere bei Kindern viel rapider eintreten kann als bei Erwachsenen.

Manches Mal wird an die Möglichkeit eines Diabetes erst so spät gedacht, daß bereits die schwere Form sich ausgebildet hat,

wenn die Diagnose gestellt wird, ja Verf. hat wiederholt Kinder im präkomatösen Stadium und im Koma aufgenommen, bei denen bis dahin der Charakter der Erkrankung nicht erkannt war. Das liegt an der relativen Seltenheit der Krankheit im Kindesalter und der keineswegs immer eindeutigen Symptomatologie. Wie oft werden Kinder gebracht mit der Angabe, daß sie abgemagert sind, daß sie sich matt fühlen, und es liegt kein Diabetes vor. Wie oft hört man von starkem Durstgefühl oder großen Urinmengen, und die Untersuchung des Urins läßt Zucker vermissen, die Symptome finden ihre einfache Erklärung in der Austrocknung der Mundhöhle bei behinderter Nasenatmung und in Pollakisurie oder Enuresis auf nervöser Basis. Wo die Trias Durst, Hunger und sichtliche Abmagerung vorhanden ist, da muß unbedingt mit dem Bestehen eines Diabetes gerechnet werden, aber wir müssen uns bewußt bleiben, daß auch einmal das eine oder andere Symptom dieser Trias fehlen kann; Verf. hat Kinder gesehen, die bei hohen Zuckerwerten verhältnismäßig kleine Urinmengen hatten, er hat Fälle beobachtet, in denen keine Angabe über vermehrtes Nahrungsbedürfnis vorlag. Man muß auch darauf gefaßt sein, von ganz anderer Seite auf die Krankheit hingewiesen zu werden. So können die Zuckerflecke in der Wäsche das erste sein, was der Mutter auffällt, oder „der süßliche Geruch aus dem Magen“, das heißt der Azetongeruch, gibt die Veranlassung, den Arzt aufzusuchen. Das einzig Richtige ist bei alledem, regelmäßig den Urin nicht nur auf Eiweiß, sondern auch auf Zucker zu untersuchen, wenn man ein Kind überhaupt gründlich untersuchen will.

Soviel in dieser Beziehung ärztlich gefehlt werden mag, so glaubt Verf. doch nicht, daß es lediglich hiermit erklärt werden kann, wenn der Diabetes des Kindes vielen nur in der schweren und schwersten Form bekannt geworden ist. Auch hält Verf. es für zu weit gegangen, wenn z. B. v. Noorden annimmt, daß speziell im Säuglingsalter zahlreiche Fälle unentdeckt bleiben. Dazu wird denn doch, seitdem wir die alimentäre Melliturie kennen, zum mindesten in Anstalten regelmäßig auch in diesem Alter eine Untersuchung auf Zucker vorgenommen. Vielmehr ist Verf. der Ansicht, daß die Tendenz zur Progression der Erkrankung beim Kinde recht verschieden ist und bei vielen schon sehr schnell zu schweren Erscheinungen führt zu einer Zeit, wo bei anderen noch keinerlei beängstigende Symptome sich bemerkbar machen. Wenigstens findet man bei einer nach den Beobachtungen der Eltern gleichen Krankheitsdauer von wenigen Wochen das eine Kind mit einer leichten Glykosurie, das andere bereits in einem unrettbar verlorenen Zustande. Schon Naunyn hat einen akuten und einen chronischen Diabetes unterschieden, und die Mitteilungen in der Literatur führen Verf. in gleicher Weise wie seine eigenen Beobachtungen zu der Annahme, daß die akute Form besonders das Kindesalter betrifft. Worin der Grund hierfür liegt, ist vorläufig nicht klarzustellen. Vor allen Dingen muß man wohl an den relativ kleinen Alkalibestand des Organismus denken, der es unter Umständen in kürzester Zeit zu schwerer Azidose kommen läßt; doch will Verf. ausdrücklich

bemerken, daß das Lebensalter nicht unbedingt maßgebend für den langsameren oder schnelleren Verlauf ist.

Ein letzter Grund, weshalb die weitaus größte Zahl der Kinderdiabetesfälle von vornherein als schwer imponiert haben, ist die Art des therapeutischen Vorgehens. Wer sich lediglich darauf beschränkt, die Kohlehydrate in der Nahrung einzuschränken oder auszuschalten, kann auf Erfolge nicht rechnen. Ein vielgelesenes Lehrbuch enthält als Beispiel absolut amylazeenfreier Tageskost einen Speisezettel, nach dem einem Kinde ohne Angabe des Alters neben Gemüse, Radieschen, Gurke, 40 g Butter und Speck, 5 Eier, 210 g Käse und 250 g Fleisch gegeben werden sollen. Das gleiche Lehrbuch enthält aber auch die Angabe, daß es nur einmal bei einem 14jährigen Knaben gelang, den Urin völlig zuckerfrei zu machen, und das nur auf wenige Tage. Hier wird das Grundprinzip jeder Diabetesbehandlung nicht erfüllt, nämlich die quantitative Regelung der Nahrung. „Nichts ist bei dem Diabetiker mehr zu fürchten,“ sagt Naunyn, „wie die Überlastung seines ganzen Stoffwechsels. Es gibt kein dem Diabetiker in jeder Menge oder, wie auch geschrieben wird, absolut erlaubtes Nahrungsmittel, alles muß ihm quantitativ zugemessen werden, die Kohlehydrate und die (eiweißhaltige) Fleischnahrung, damit er nicht zu viel, und das Fett, damit er nicht zu viel, aber auch nicht zu wenig davon genieße.“ Die quantitative Regelung erfolgt auf Grund einer Berechnung des Kalorienbedürfnisses, wie sie sich leicht mittels einer Nahrungsmitteltabelle, z. B. der von Schall und Heisler, ausführen läßt. Wir wissen, daß der Erwachsene rund 35 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht gebraucht und das 1jährige Kind 70. Es läßt sich also leicht taxieren, wieviel ein Kind in den verschiedenen Lebensaltern nötig hat. Natürlich darf bei dieser Bestimmung des Gesamtkostmaßes die durch den Zuckerverlust bedingte Kalorienschmälerung nicht außer acht gelassen werden. Die qualitative Regelung geschieht dann weiter in der Weise, daß man dem älteren Kinde ungefähr 2 g, dem jüngeren 3 g Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht in Form von Fleisch, Ei und Käse zuerteilt, an Kohlehydraten reichlich Gemüse, Obst und zunächst noch 100 g Brot bzw. Kartoffeln oder Haferflocken läßt, um den an notwendigen Kalorien noch fehlenden Rest durch Fett, in erster Linie Butter, zu ergänzen. Hat man das Kind auf diese Diät eingestellt, so ist es leicht, durch langsame Verminderung der Kohlehydratation die Toleranzgrenze zu bestimmen. Wenn, wie es oft der Fall ist, sich die Notwendigkeit ergibt, Brot und Mehl fast vollkommen auszuschalten, ist es von Vorteil, ein Diabetikerbrot als Ersatz zu verwenden, von dem noch größere Mengen vertragen werden. Verf. verfügt in dieser Beziehung über gute Erfahrungen mit dem sogenannten Primärbrot (Diaetei, Breslau V).

Die Durchführbarkeit einer solchen Ernährungskur ist beim Kinde im hohen Grade abhängig von seiner Erziehung. Das an Selbstbeherrschung und Unterordnung gewöhnte Kind wird hier keine besonderen Schwierigkeiten bieten, während ein anderes, dem in jeder Beziehung stets nachgegeben wurde, den Arzt in eine höchst unangenehme Situation bringen kann. Nur von diesem Gesichts-

punkte aus ist es zu verstehen, wenn v. Noorden sagt, daß bei der „unberechenbaren Launenhaftigkeit der kindlichen Geschmacksrichtung jeder einzelne Fall der Gegenstand besonderen Studiums sein muß". In solcher Sachlage ist es natürlich das Ratsamste, die Toleranzbestimmung in einer Krankenanstalt durchzuführen, ohne jedoch hier durch vollständige Isolierung dem Kinde die Möglichkeit einer genügenden Ablenkung zu nehmen. Hat sich nach einiger Zeit die Toleranz einigermaßen gehoben, so läßt sich leichter auch zu Hause die Behandlung fortführen, natürlich unter regelmäßiger Kontrolle des Urins. Für mittelschwere und schwere Fälle empfiehlt sich jedoch unter allen Umständen der Aufenthalt in der Klinik.

Bis zu welcher Menge die Kohlehydrate gesteigert werden können, ohne daß wiederum Glykosurie auftritt, ist recht verschieden. Das 6jährige Mädchen hat es auf 150 g Brot und 100 g Kartoffeln gebracht neben den im Gemüse und Obst enthaltenen Kohlehydratmengen, das 7jährige Mädchen auf 30 g Haferflocken, 50 g Brot und 50 g Kartoffeln, der 9jährige Knabe verträgt zurzeit 100 g Brot und 25 g Haferflocken, in einem vierten Falle konnte Verf. bis zu 100 g Brot und der gleichen Menge Kartoffeln steigern. Wie weit gelegentlich die Toleranz gehoben werden kann, lehrt eine interessante Beobachtung von Hürter. Hier konnte bei einem 11jährigen Mädchen durch eine Belastungsprobe mit 420 g Weißbrötchen bzw. 50 g Traubenzucker keine Glykosurie mehr hervorgerufen werden, so daß Hürter von einer anscheinenden Heilung des Diabetes spricht. Ähnlich liegen Fälle von Schmitz und v. Noorden.

Aber sehen wir von diesen Einzelbeobachtungen ab, so ist doch auch bei einer Toleranz von der Höhe, wie wir sie selbst verschiedentlich erreichten, eine vollkommene Latenz der Erkrankung vorhanden. Keinerlei Symptome brauchen mehr auf die Stoffwechselstörung hinzuweisen, das Körpergewicht steigt an, und die Leistungsfähigkeit ist uneingeschränkt. Die Kinder haben teilweise die Schule besucht, das 6jährige Mädchen hatte sogar den ersten Platz inne. Verf. stellte Zunahmen von 2,7, 3,5 und 1,9 kg fest. Leider besteht jedoch in dieser Beziehung keine Regel. In zwei Fällen blieb trotz kalorisch durchaus genügender Ernährung jede Gewichtsvermehrung aus, auch mußte Verf. Neigung zu Untertemperaturen und eine gewisse Wachstumshemmung konstatieren.

Viel wesentlicher noch ist die Tatsache, daß in allen Beobachtungen die Neigung zum Rezidivieren der Glykosurie nicht zum Verschwinden zu bringen war. Die verschiedensten Anlässe lösten nach wechselnd langen Pausen von Wochen oder Monaten immer wieder die Zuckerausscheidung aus. Bald waren es psychische Einwirkungen, eine schlechtere Note im Zeugnis, als erwartet war, der Verzicht auf eine Reise, die die Geschwister mitmachen durften, und dergleichen. Bald waren es leichte Erkrankungen, ein Nasenrachenkatarrh, eine Parotitis, eine Parulis oder ein Durchfall. Nach Verf.s Erfahrungen ist der Einfluß solcher Erkrankungen auf den Verlauf des kindlichen Diabetes nicht hoch genug einzuschätzen. Denn, wenn auch vielfach die Glykosurie schnell wieder zum Verschwinden zu bringen ist, so tritt doch, zumal bei einer Häufung derartiger

Störungen, allmählich eine bedenkliche Verminderung der Toleranz ein. Besteht also beispielsweise eine Disposition zu Katarrhen der oberen Luftwege, so muß dies als eine ernste Komplikation der Erkrankung angesprochen werden. Die Wichtigkeit interkurrenter Infektionskrankheiten für den Verlauf des Diabetes ist vom Erwachsenen bereits hinreichend bekannt. Unter Verf.s Fällen übten die Masern dreimal einen ausgesprochen ungünstigen Einfluß aus, ja einmal machte sich die Erkrankung nach dem Ablaufe der Masern überhaupt zum erstenmal bemerkbar. In einem Falle Naunyns führten Varizellen bei einem Kinde schwere Azidosis und Tod im Koma in 10 Tagen herbei. Auf der anderen Seite kann Verf. erwähnen, daß bei dem 7jährigen Mädchen eine schwere hämorrhagische Nephritis mit Urämie keinen ungünstigen Einfluß hatte. Diese Patientin war übrigens die einzige, welche eine der beim Erwachsenen so häufigen diabetischen Komplikationen durchmachte, nämlich eine Pyodermie.

Die Besprechung der Zwischenfälle führt uns unmittelbar zu der Behandlung der mittelschweren und schweren Diabetesfälle über. Denn das ist eben der Weg, wie aus leichten Diabeteserkrankungen trotz sorgsamster Behandlung unter unseren Augen innerhalb von Monaten oder Jahren die mittelschwere und schwere Form hervorgeht. Unter einer mittelschweren Erkrankung verstehen wir diejenige, bei der es nicht mehr gelingt, durch einfache Beschränkung oder vorübergehende Ausschaltung der Kohlehydrate den Kranken zuckerfrei zu machen, sondern bei der besondere Maßnahmen erforderlich sind, um dieses Ziel zu erreichen. Der erreichte Toleranzwert bleibt gleichwohl gewöhnlich ein recht beschränkter. Die Maßnahmen, die hier notwendig werden, bestehen zunächst in Bettruhe und einer noch strengeren Durchführung der Forderungen, die Verf. für die Behandlung des leichten Diabetes aufgestellt hat, also einer genauen Dosierung des Gesamtkostmaßes und im besonderen auch der Eiweißzufuhr. Weiterhin aber sieht man sich gezwungen, in diesen Fällen, wenigstens vorübergehend, die Eiweißmenge in der Nahrung noch weiter zu beschränken, da auch das Eiweiß als Zuckerbildner in Betracht kommt. Die angenehmste Form, in der das geschehen kann, sind die Gemüsetage nach v. Noorden, bei denen Fett in ausgiebigem Maße gewährt, die Kohlehydrate aber nur in Form von Gemüse und Eiweiß nur im Eigelb dargereicht wird. Sie können zu wiederholten Malen — etwa wöchentlich einmal — zwischen strenge Kost mit 40—50 g Diabetikerbrot eingeschaltet werden und sind beim Kinde einer längere Zeit durchgeführten, völlig brot- und mehlfreien Nahrung vorzuziehen. Genügt dies noch nicht, oder wenn gleichzeitig, wie es oft der Fall ist, bei starker Beschränkung der Kohlehydrate Neigung zu Azidosis besteht, kann man von der Haferkur im Anschlusse an einen oder zwei Gemüsetage und mit nachfolgenden Gemüsetagen Gutes sehen. v. Noorden selbst empfiehlt sie für den Kinderdiabetes, Langstein und v. Pfaundler treten für sie ein, Lauritzen und Forschbach geben eklatante Beispiele des guten Erfolges beim Kinde. Auch Verf. hat die Haferkur einige Male mit Erfolg angewandt, bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde

allerdings versagte sie vollkommen. So ergibt sich der Übergang zu den schweren und schwersten Fällen, in denen man sich lediglich darauf beschränken muß, durch Vermeiden des allzu reichlichen Gebrauches von Kohlehydraten, bei genauer Normierung des Kostmaßes die Zuckerausscheidung nach Kräften auf einem niedrigen Niveau zu halten. Das Wichtigste in der Behandlung bleibt dann eigentlich nur noch die Bekämpfung der Azidose durch große Alkaligaben. Verf. verwendet Alkali immer, wenn Azeton oder Azetessigsäure vorhanden ist, ja er ist für eine prophylaktische Darreichung, solange saurer Urin ausgeschieden wird. Der Säuregehalt des Urins ist ein einfacher und doch sehr exakter Maßstab für die Azidose und damit für die Gefahr, in der das Kind schwebt. Als Alkali benutzt Verf. Natrium bicarbonicum oder Natrium und Kalium citricum āā. Das gelegentliche Vorkommen von Ödemen nach großen Alkaligaben ist ein geringer Nachteil gegenüber der außerordentlich wichtigen Beeinflussung der Azidose. Sechs der schweren Fälle boten, als sie in Behandlung kamen, trotz gemischter Kost, bereits die Zeichen ausgesprochener Azidose. 40, 60, ja 80 g Alkali pro Tag reichten nicht aus, um die saure Reaktion des Urins in die alkalische umschlagen zu lassen. Hier war natürlich an eine Rettung nicht mehr zu denken. Das Koma trat bereits nach kurzer Zeit ein und führte in knapp 24 Stunden zum Tode. In diesem Stadium sah Verf. auch keinen Einfluß mehr von intravenöser Injektion einer 5%igen Natrium-bicarbonicum-Lösung.

Außer der Alkalibehandlung kennt Verf. keine wirksame medikamentöse Therapie des kindlichen Diabetes. Opium, Nährhefe und Fermocyltabletten, die er gelegentlich versuchte, mußten bald wieder aufgegeben werden.

So ist das Krankheitsbild des Diabetes im Kindesalter trotz aller Fortschritte, die die Diabetesbehandlung im Laufe der Jahre gemacht hat, noch immer ernst. Die Fortschritte aber, die erreicht sind, sollten wenigstens voll ausgenutzt werden, wie das heute noch nicht in genügendem Maße geschieht.

Es ist klar, daß man unter diesen Verhältnissen sich immer wieder ätiologischen Überlegungen hingibt. Doch ist man hierin beim Kinde noch kaum so weit wie beim Erwachsenen. Die Erblichkeit spielt eine geringere Rolle. Unter den genannten 14 Fällen fand sich zweimal Diabetes in der Aszendenz, einmal Fettsucht. Immerhin will Verf. erwähnen, daß wiederholt das Auftreten der Erkrankung bei Geschwistern beschrieben wurde. Für Lues, die v. Noorden und Wegeli einige Male angetroffen haben, ergab sich nur einmal ein Anhaltspunkt, jedoch kein Beweis. Die Wa.-R. war in den Fällen, welche untersucht werden konnten, negativ. Die Bevorzugung der semitischen Rasse, die man beim Erwachsenen findet, ist beim Kinde nach v. Noorden weniger ausgesprochen, von den hier erwähnten Kindern war nur eins jüdisch. Die richtigste Vorstellung, die wir uns von der Ätiologie machen können, ist wohl die, daß es sich um das Versagen eines bestimmten Organs oder Organsystems handelt, das durch angeborene Anlage nur eine beschränkte Lebensdauer besitzt. Grätzer.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Ernest Sachs, Intracranial teleangiectasis: symptomatoly and treatment, with report of two cases. (Amer. Journ. of the med. Sciences. 150. S. 65.) Mitteilung zweier Fälle von zerebraler Teleangiektasie im Kindesalter. Beide verliefen unter dem Bilde der Jacksonschen Epilepsie. In beiden Fällen wurde operativ eingegriffen, im ersten Falle ohne, im zweiten mit Erfolg. Die Sektion des ersten Falles ergab ein Gefäßkonglomerat im Gebiete der oberflächlichen Kortikalarterien der motorischen Region. Im zweiten Falle betraf die Teleangiektasie die Gefäße der Dura und Pia mater.

Kurt Boas.

J. H. Guntzer, Orbital abscess with optic neuritis duo to acute ethmoiditis in a child. Operation. Recovery. (Laryngoscope. September 1914. In dem Falle des Verf. handelte es sich um ein 7 jähriges Kind, das zuerst unter den Erscheinungen einer Schwellung des rechten Auges erkrankte. Es bestand deutlicher Exophthalmus. Der Bulbus stand nach unten und auswärts. Ferner bestand eine deutliche Zellentzündung der Orbita mit Schwellung der Ober- und Unterlider beiderseits. Der Visus betrug $^{20}/_{200}$. Die Bindehautgefäße waren infiziert. Die Fundusuntersuchung ergab eine rote Scheibe, der Rand war verwaschen, die Arterien normal, die Venen verbreitert. Die Diagnose lautete auf Neuritis optica. Es wurde an dem am meisten vorstehenden Teile der Nase eine Inzision gemacht oberhalb der Augenbraue und der Druck durch Eiterentleerung abgestellt. Am nächsten Tage wurde das ethmoidale Labyrinth von außen her eröffnet. 6 Wochen danach war der Augenhintergrund normal und der Visus betrug jetzt $^{20}/_{20}$.

K. Boas.

A. Broca, Pseudo-mal de Pott hystérique. (Arch. d'electricité méd. 1916. S. 264.) In dem Falle des Verf.s handelt es sich um einen 7jährigen Knaben, der ganz die Erscheinungen des Pottschen Buckels zeigte. Die Lendenwirbelsäule war nach hinten und etwas nach rechts konvex. Wenn Pat. etwas mit der Hand aufheben sollte, so stützte er sich mit der anderen Hand wiederholt auf den Schenkel vor dem Bücken. Dabei faltete er die Knie. Beim Befehl, aus dem Bett zu springen, fiel er auf die Beine in absolut gerader Haltung, aber nur für einen Augenblick, nahm dann gleich wieder die anomale Haltung an. Die Erkrankung bestand seit 8 Tagen und hatte begonnen nach einem Falle ohne Schmerzen. Im Röntgenbilde erschienen die Wirbelkörper vollständig in Ordnung, die Zwischenwirbelscheiben waren klar und regelmäßig auf der Röntgenplatte zu sehen. 2 Tage vor dem Falle hatte Pat. der Vorstellung eines Buckligen in einem Kinematographen beigewohnt. Dies war also die auslösende Ursache des hysterischen Pseudopotts.

K. Boas.

C. Bacalogla et **F. Souban,** Sur l'origine embryonnaire des myopathies progressives. (Compt. rend. hebdomad. des Séances de la Société de Biolog. LXXIX. No. 12. 1916. p. 559.) Verf. berichtet über zwei Fälle von primärer Myopathie. Der erste Fall

entsprach dem „Type facio-scapulo-humoral“ von Landouzy-Dejerine, der zweite dem hypertrophischen Typus.

Das Fettgewebe organisiert sich und ersetzt die degenerierten Muskelfasern. Es entsteht nicht aus der Umwandlung der Muskelfasern. Der Ursprung dieser Fettzellen muß in den verbindenden Zellen des Sarkolemms gesucht werden, die autogenetisch dem embryonären Mesenchym des Bindefettgewebes am nächsten stehen. Die Gefäße und Nerven zeigen in den Fällen von progressiver Myopathie keinerlei Veränderungen. K. Boas.

D. W. Wynkoop, Reflection on poliomyelitis. (Med. Record. 90. 1916. S. 545.) Verf. berichtet ausführlich über seine Beobachtungen anläßlich einer Poliomyelitisepidemie. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 5 Jahre, der älteste Kranke war 16 Jahre, der jüngste 1 Jahr alt. Die Zeit zwischen dem Beginn der Erkrankung und der zu diagnostischen Zwecken ausgeführten Lumbalpunktion betrug 1—7 Tage. Lähmungserscheinungen zeigten von 24 Patienten acht. In einem Falle trat der Exitus ein. Eine teilweise oder vollständige Heilung innerhalb eines Monats wurde in 7 von 8 Fällen erzielt. Lähmungen beider Extremitäten lagen in 30% vor, Lähmungen beider Füße in 10%, solche des rechten Armes in 10%, des rechten Oberschenkels in 10%, des Deltoideus in 10%, der Lendenmuskeln in 10%, der Nacken- und Atemmuskeln in 10%. Letztere verlaufen meist tödlich. Koryza, Nasen- und Rachenerscheinungen fehlten meist. An Prodromalerscheinungen war folgendes zu beobachten: belegte Zunge in 90%, Fieber in 100%, Kopfschmerzen in 90%, steifer Nacken in 80%, Erbrechen in 40%, Rückenschmerzen in 40%, Gastroenteritis in 25%, Reizbarkeit in 30%, Konjunktivitis in 40%. Zwischen den ersten Krankheitssymptomen und den Lähmungserscheinungen lag in der Regel eine Frist von etwa einer Woche. Die Zahl der Lymphozyten betrug im Durchschnitt etwa 233. Am höchsten war dieselbe in einem Falle mit 690. In diesem waren keine Lähmungen vorhanden. In 80% der Fälle zeigte sich der Liquordruck erhöht. Fälle ohne Erhöhung des Liquordruckes verlaufen nach den Erfahrungen des Verf.s schwerer als lumbal punktierte. Wenn bereits eine Lähmung besteht, soll von einer Lumbalpunktion Abstand genommen werden. 10 Tage nach dem Beginn hat die Lumbalpunktion keine diagnostische Bedeutung mehr. Schädliche Nachwirkungen der Lumbalpunktion hat Verf. nie beobachtet. Es wird dann ausführlicher auf die Technik der Lumbalpunktion eingegangen. Postparalytische Schmerzen wurden in 100% der Fälle verzeichnet. Diese können in den ersten Wochen eine große Ausdehnung annehmen. Man gebe keine Opiate, sondern verordne Massage; man gebe die gewöhnlichen Analgetika. Empfehlenswert ist auch das Einpacken der gelähmten Glieder in Wolle. Von Medikamenten ist Urotropin zu empfehlen. Verf. berichtet kurz über zwei differentialdiagnostisch schwierige Fälle. In dem ersten Falle war eine epileptische Hysterie auszuschließen, im zweiten Falle lag eine tertiäre syphilitische Neubildung nahe der Hirnbasis vor. Die differentialdiagnostische Entscheidung wurde von der Lumbalpunktion geliefert. Obgleich ein niedriger Lumbaldruck vorhanden

war, sprachen die Symptome doch mehr zugunsten einer Poliomyelitis. Bezüglich der ätiologischen Auffassung der Poliomyelitis hält Verf. eine Infektion für vorliegend. Diese muß sehr elektiven Charakters sein. Dies beweist z. B. ein Fall, in welchem von 10 Kindern einer Familie, die alle unter 16 Jahre alt waren, nur 1 Kind an Poliomyelitis erkrankte. Eine sechswöchentliche Quarantäne hält Verf. bei Poliomyelitis nicht für notwendig. K. Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

XV. Tagung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und VII. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands, Berlin, 16. und 17. Februar 1917.

(Nach der D. m. W. 1917 Nr. 12.)

Auf den Versammlungen beider Vereine gelangten die Themen:
1. Ausbau des schulärztlichen Dienstes und
2. Einfluß des Krieges auf die Gesundheit der Jugend
zur Verhandlung.

Der erste Verhandlungsgegenstand war gewählt worden, weil eine einheitliche Regelung des schulärztlichen Dienstes und die Anstellung von Schulärzten an sämtlichen Gemeinden von seiten der preußischen Staatsregierung in Bälde zu erwarten steht.

Steinhaus (Dortmund) behandelte die **„Mindestforderungen an den schulärztlichen Dienst"**. Diese bestehen in einer regelmäßigen Überwachung der hygienischen Einrichtungen des Schulhauses und seiner sämtlichen Nebenanlagen, auf dem Gebiete der Schülerhygiene in der Untersuchung der Schulneulinge, in regelmäßigen Klassenbesuchen und Sprechstunden für die Kinder und ihre Eltern sowie in einer Nutzbarmachung aller örtlichen ärztlichen Einrichtungen und Wohlfahrtseinrichtungen hinsichtlich der sozialen Hygiene des schulpflichtigen Alters. Die sogenannten Reihen- oder Nachuntersuchungen geschlossener Jahrgänge im dritten oder vierten und achten Schuljahre hielt der Vortr. für entbehrlich, gab aber anheim, sie in der zu erlassenden einheitlichen Dienstanweisung vorzusehen. Diese muß schließlich eine Bestimmung darüber enthalten, daß der Schularzt in Fragen der Unterrichtshygiene, soweit ärztliche Gesichtspunkte in Betracht kommen, die Schulverwaltungen zu beraten hat. Die Erfüllung dieser Mindestanforderungen setzt eine besondere Ausbildung der Schulärzte in der Schulhygiene voraus, da diese weder durch die allgemeinen Universitätsstudien noch durch die praktische Erfahrung in ausreichendem Maße vermittelt werden. Die Schulhygiene stellt ein umfangreiches Spezialgebiet dar, auf dem besondere Kenntnisse vermittelt werden müssen. Dies ist möglich in Kursen für Ärzte an den Universitäten, an den Akademien für praktische Medizin und in Großstädten, die schon Fortbildungskurse auf anderen Gebieten aufweisen. Notwendige Formulare für den schulärztlichen Dienst sind: der Überwachungsbogen für jedes kranke Kind, die statistische Jahrestabelle über die ermittelten Krankheiten und eine Übersichtstabelle über das Ergebnis der Lernanfängeruntersuchungen. Wünschenswerte Formulare sind: 1. der Personalschein für jedes Kind; 2. die Mitteilungen an die Eltern von dem ermittelten Krankheitszustande mit der Aufforderung, die ärztliche Behandlung zu bewirken; 3. der anamnestische Fragebogen an die Eltern vor der Einschulung des Kindes; 4. die Wägungs- und Messungstabellen sowie eine Übersicht über die Unterrichtsdispense. Für den zu erstattenden Jahresbericht hielt der Vortr. für notwendig: 1. einen Revisionsbesuch über die hygienischen Einrichtungen des Schulhauses; 2. ein Journal für die Sprechstundentätigkeit; 3. Verzeichnis der Überwachungsschüler und 4. der Vorschläge zu besonderen Kuren. Mit diesen Formularen und Journalen ist die Erstattung eines Jahresberichtes möglich. Wenn der schulärztliche Dienst in dem geschilderten Umfange ausgeübt wird, so ist namentlich bei umfassender

sozialhygienischer Betätigung und bei Erstattung eines Jahresberichtes eine Honorierung der Ärzte mit 75 Pf. pro Kind als angemessen anzusehen; unter den Satz von 50 Pf. sollte unbedingt nicht heruntergegangen werden.

Bei der nachfolgenden Besprechung stellten sich die meisten Herren, Flachs (Dresden), Abel (Jena), Gottstein (Charlottenburg), Haag (Heilbronn) und Oebbecke (Breslau) — die beiden letzteren nur für das achte Schulentlassungsjahr — auf den Standpunkt, daß geschlossene Untersuchungen ganzer Jahrgänge notwendig seien. Lewandowski (Berlin) hielt sie mit dem Vortr. für entbehrlich. Flachs und Oebbecke halten den Personalschein für jedes Kind für unbedingt erforderlich, Haag erklärt ihn für wünschenswert. Die Erhebung der Vorgeschichte ist nach Ansicht von Flachs, Gottstein und Lewandowski notwendig. Abel trat dafür ein, die Wägungen und Messungen sämtlicher Kinder vorzunehmen, da sie für anthropologische Studien unerläßlich seien. Haag erklärte sie für undurchführbar in den ländlichen Bezirken. Bezüglich der Sprechstunden betonte Lewandowski, daß sie täglich stattfinden müßten, während Haag betonte, daß sie auf dem Lande nicht einmal 14täglich möglich seien, wenn der Amtsarzt seinen ganzen Bezirk schulärztlich betraue. Er und Lewandowski hoben die Notwendigkeit des mündlichen Verkehrs mit den Müttern in der Sprechstunde hervor. Schriftliche Mitteilungen halten sie mit dem Vortr. für entbehrlich. Beninde (Berlin) wies darauf hin, man möge die Mindestanforderungen so stellen, daß sie auch für die ländlichen Bezirke maßgebend sein könnten. Mit Abel ist er der Ansicht, daß die Krankheitsbegriffe fest umschrieben sein müßten, damit sich eine einheitliche, 1913 auch vom Reichstage gewünschte Morbiditätsstatistik ermöglichen lasse.

Die Versammlung beschloß, dem Antrage des Vortr. folgend, die Bildung einer Kommission, die eine einheitliche Dienstanweisung, einheitliche Formulare und einheitliche Krankheitstabelle beraten und zusammenstellen soll. In die Kommission wurden gewählt: Oebbecke (Breslau), Thiele (Chemnitz), Starck (Fürth), Flachs (Dresden), Borchmeier (Recklinghausen), Steinhaus (Dortmund) und ein noch zu bestimmender Oberamtsarzt aus Württemberg.

Die am nächsten Tage stattfindende Versammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege fand unter dem Vorsitze von Abel (Jena) statt.

Bachauer (Augsburg) und Thiele (Chemnitz) behandelten dann das Thema: **Die Einwirkung des Krieges auf die Gesundheit der Jugend.**

Bezüglich des Säuglingsalters führte Bachauer aus, daß der Ernährungszustand der Säuglinge infolge Gewährung von 1 Liter Milch noch nicht gelitten habe. Bedarf und Angebot decken sich zurzeit noch. Ungünstige Momente sind aber die körperliche Schwäche der stillenden Mütter und die umfangreiche Frauenarbeit. Bachauer teilt Erfahrungen aus dem Augsburger Wöchnerinnenheim und der Mütterberatungsstelle mit. Die Neugeborenen hatten 1913 und 1916 das gleiche Gewicht. Bei dem Vergleich von 1070 Säuglingen aus den Jahren 1913 und 1916 im Alter von 2, 3 und 6 Monaten ergab sich, daß die 2- und 3monatigen Kinder eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von 100 g aufwiesen, die 6monatigen eine durchschnittliche Zunahme von 100 g. Bei den Kleinkindern hat sich keinerlei ungünstiger Einfluß des Krieges bislang gezeigt. Massenuntersuchungen fehlen leider. Bachauer hat 1319 Kleinkinder untersucht und dabei festgestellt, daß Gewichtszunahme und Längenwachstum sich mit den Zahlen von Camerer und Friedenthal deckten. Auch der v. Pirquet-Index $\frac{\text{Länge}^3}{\text{Gewicht}}$ hielt sich in entsprechender Höhe. Messungen, Wägungen, Inspektion und Bestimmung der Indizes beweisen, daß die Kleinkinder nicht unterernährt sind. Thiele führte aus, daß neben den günstigen Einflüssen — erhöhte Pflege der Leibesübungen und Gewährung freier ärztlicher Behandlung der Kinder der Kriegsteilnehmer durch die Kriegsfürsorge — eine Reihe ungünstiger sich geltend gemacht habe. Dahin sind zu rechnen die Frauen- und Kinderarbeit, der Seifenmangel, der zu einer Vermehrung der parasitären Hautkrankheiten (Krätze und Läuse) geführt hat, die mangelnde Reinigung, Lüftung und Heizung der Schulräume. Hinsichtlich der Ernährung glaubt Thiele feststellen zu können, daß wir von 1916 ab den schädigenden Einfluß der Nahrungseinschränkung datieren können. Die Untersuchungen der Autoren aus den Jahren 1914/15 sind nicht mehr verwertbar (Bachauer, Thiele, Lommel, Hepner, Hamburger Ärzteverein). Schlesinger hat mit der maßgebenderen Verwertung örtlich vorge-

nommener Untersuchungen ermittelt, daß die jüngeren Kinder ein geringes Zurückbleiben in der Gewichtszunahme, die Kinder besserer Familien und die älteren Kinder größere Gewichtsverluste zeigen, die durch Fortfall der Luxusernährung bzw. Verlust der Fettreserven bedingt sind. Thiele hat durch eigene Untersuchung in Chemnitz, in Fabrikvororten, kleinen Landstädten und rein ländlichen Gemeinden festgestellt, daß die 14jährigen Kinder $^1/_2$—1 kg und mehr Gewichtsverlust aufwiesen. Dieses ist unbedenklich bei gesunden Kindern. Der Gesundheitszustand war im allgemeinen günstig. Im besonderen ergab sich bei den Schulneulingen eine Steigerung der Zahl der Kinder mit ungenügendem Ernährungszustande und der Zahl der Tuberkuloseerkrankungen; bei den 14jährigen Kindern zeigten sich dieselben Erscheinungen, daneben aber eine erhebliche Zunahme der Fälle von Blutarmut. Die Mehrzahl der schlecht genährten Kinder ist schon vorher minderwertig gewesen. Der Krieg hat gelehrt, daß die konstitutionelle Anlage das Wichtigste ist, da die konstitutionell schwachen Kinder besonders gefährdet sind. Zusammenfassend führte Thiele aus, daß für die gesamte Schuljugend sich ernstliche Schädigungen durch den Krieg nicht ergeben hätten; ungünstig seien die Verhältnisse in den Städten, dagegen sehr günstig in den ländlichen Bezirken. Um Gefahren von den Kindern fernzuhalten, empfahl er in Anlehnung an die Eingabe des Deutschen Städtetages: 1. die Gewährung von Milch, Käse und Quark an die 7—12jährigen Kinder; 2. die Bereitstellung der Gerste für die Ernährung der Kinder; 3. die Entsendung möglichst vieler Kinder zu einem Landaufenthalte; 4. die ärztliche Überwachung des Kindes. Bachauer verwies auf die Untersuchungen Schlesingers an der schulentlassenen Jugend und ergänzte seine Ausführungen durch die Mitteilung über das Ergebnis eigener Untersuchungen an 338 Schulentlassenen. Er fand eine größere Gewichtsabnahme bei den 16jährigen. Es ist daher der schulentlassenen Jugend bezüglich der Ernährung besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

In der Besprechung betonten Flachs (Dresden) und Lewandowski (Berlin) an Hand eigenen Materials, daß geringe Gewichtsabnahmen (bis 1 kg) festgestellt werden konnten. In dem Schulbezirke Lewandowskis zeigten 1915 60% und 1916 45,3% der Schulneulinge Gewichtsabnahmen. Er hob mit Roth (Braunschweig) hervor, daß die eingeführten öffentlichen und Schulspeisungen eine Besserung der Verhältnisse bewirkt hätten. Rabnow (Schöneberg), Krautwig (Cöln) und Lewandowski legten ebenfalls der Entsendung möglichst vieler Kinder auf das Land große Bedeutung bei. Sie führten aus, daß das Gesamtbild, das die schulpflichtige Jugend darböte, ungünstiger geworden sei. Rabnow und Krautwig wiesen darauf hin, daß es den Säuglingen infolge Einführung der Reichswochenhilfe und der Ausdehnung der Fürsorge gut gehe. Lewandowski fand 3—5% der Schulentlassenen für die militärische Vorbereitung ungeeignet. Seydel (Charlottenburg) und Weber (Berlin) teilten für die höheren Lehranstalten und für die Volksschulen mit, daß seit Herbst 1916 ein Umschlag in den Gewichtsverhältnissen der Kinder eingetreten sei. Ernstlichere Schädigungen hätten sich aber noch nicht eingestellt. Steinhaus (Dortmund) lenkte mit Thiele die Aufmerksamkeit auf die Beobachtung, daß die Tuberkulosesterblichkeit und die Erkrankungen an offener Tuberkulose unter den Kindern infolge Aktivierung latenter Herde durch die Herabsetzung der Widerstandskraft, die auf die Unterernährung zurückzuführen ist, eine Zunahme zeigen. Dieser Tatsache ist im schulärztlichen Dienst besondere Beachtung zu schenken. Kehr (Düsseldorf) wies darauf hin, daß die erhöhte Zufuhr von Fruchtsäften in der Nahrung zu einer Zunahme der Zahnkrankheiten geführt habe. Die Zeit sei aber noch zu kurz, um ein abschließendes Urteil zu ermöglichen.

Präsident Bumm (Kaiserliches Gesundheitsamt) dankte zum Schlusse im Namen der Behörden für die anregenden Verhandlungen, die es den Behörden ermöglicht hätten, sich ein Bild von den in Frage kommenden Verhältnissen zu schaffen.

Abel führte im Schlußwort aus, daß der Vorstand des Vereins geeignete Anträge — u. a. den Antrag auf Brotzulage für die 17—18jährigen Jugendlichen — an die in Frage kommenden Behörden abfassen werde.

Die Notwendigkeit der schulärztlichen Überwachung für die gesamte deutsche Jugend und ihr Ausbau nach dem Kriege.

Gastpar (Stuttgart) betonte einleitend, daß zum ersten Male von einer schulärztlichen Beaufsichtigung der gesamten Jugend die Rede sei. Das be-



deute ein Programm für die Zukunft. Schulärzte seien die Ärzte nur insoweit als es sich um die Fernhaltung der Schädigungen der Kinder durch den Betrieb der Schule und den Unterricht handelt. Alles andere geht über die Pflicht der Schule hinaus, ist soziale Hygiene, die in Verbindung mit der Schule betrieben werden kann. Die Beseitigung der ermittelten Krankheitszustände macht die wesentliche Arbeit aus; die medizinalpolizeiliche Tätigkeit an den Schulen ist in 6 Wochen erledigt. Die schulärztliche Überwachung der Jugend weist noch wesentliche Lücken auf, die des Ausbaues bedürfen: Schulärzte fehlen auf dem Lande, an den höheren Lehranstalten, an den Fortbildungsschulen und bei den Jugendorganisationen, wo sie die Einstellungsuntersuchungen vorzunehmen und die Überwachung durchzuführen hätten. Notwendig ist schließlich die Überwachung des Spielalters. Die Überwachung in den Schulen kommt meist zu spät. Die Infektionskrankheiten, die Tuberkulose, die Rachitis und Skrofulose schädigen das Kind vor der Einschulung. Die hygienischen Einrichtungen der Kindergärten und Horte sind auch oft genug nicht einwandfrei. Die schulärztliche Tätigkeit muß sich auch auf sie erstrecken. Um dem Schularztdienst diesen Ausbau zu geben, steht uns ein Weg offen, der der Gesetzgebung; er darf nicht in das Belieben einzelner Gemeinden und Schulverwaltungen gestellt werden, wobei nicht verkannt werden soll, daß einzelne Gemeinden Vorbildliches bisher schon geleistet haben. Vortr. besprach dann eingehend das württembergische Gesetz vom Jahre 1912, das den beamteten Ärzten den Schularztdienst übertragen hat. Dieses Gesetz enthält Bestimmungen über die Mindestleistungen der Schulärzte. Die Gemeinden können über sie namentlich bezüglich der sozialen Fürsorge hinausgehen. Diese Fürsorgetätigkeit kann nicht gesetzlich geregelt werden. Es besteht Einmütigkeit in Sachverständigenkreisen darüber, daß dem Schularzt die Fürsorgeschwester beigegeben werden muß. Für die Mindestleistungen des Schularztes sind bestimmte Formulare nötig; im übrigen kann, namentlich hinsichtlich der sozialen Fürsorge, der Schularzt sich seinen Dienst so einrichten, wie er es für nötig hält. Die Kosten der Fürsorge für die Kinder können von den Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen getragen werden. Beiträge von seiten der Gemeinden sind nicht zu umgehen; sind diese besonders bedürftig, so sind Staatsbeiträge vorzusehen. Höhne (Berlin) stellte die Forderung auf, daß der Schularzt für alle Volks-, Mittel- und Fortbildungsschulen zu verlangen sei. Er wies auf Beschlüsse verschiedener Lehrerverbände hin, die den fachmännisch vorgebildeten Arzt als Berater jeder Schule verlangt hätten. Nach einer Zusammenstellung des preußischen Ministeriums hatten 1911 nur 2100 von 52000 Gemeinden in Preußen Schulärzte; auf rund 25 Gemeinden kam also nur ein Schularzt. Besonders ist die Versorgung der ländlichen Gemeinden mit Schulärzten ins Auge zu fassen. Von $6^1/_2$ Millionen Volksschulkindern wachsen 3 Millionen in Preußen auf dem Lande auf. Dominikus (Schöneberg) und Marschall v. d. Goltz hatten auf dem Fortbildungsschultage den Schularzt für diese Kategorie von Schulen bereits verlangt. Vier Städte im Reiche haben aber erst Fortbildungsschulärzte. Auch die Privat- und Sonderschulen sind ärztlich zu überwachen. Die Schulkindergärten nach dem Muster Charlottenburgs sind weiter auszubauen. Höhne verbreitete sich dann über die Ausgestaltung des schulärztlichen Dienstes. Die dienstlichen Obliegenheiten müssen einheitlich gestaltet werden. Die Bestimmungen müssen klar, nicht zu eng umgrenzt und für Stadt und Land die gleichen sein. Im übrigen sei den Gemeinden freie Bewegung zu lassen, da der Staat nur die Mindestforderungen normieren könne. Auch die Vordrucke für den ärztlichen Dienst seien tunlichst zu vereinfachen und vorher von den Pädagogen zu begutachten; die Führung des Personalscheins soll ohne viel Schreibarbeit für die Lehrer möglich sein. Fürsorgeämter, Schulschwester und Familienversicherung können uns nur vorwärts bringen, wenn es sich darum handelt, die kranken Kinder zu heilen. Große Bedeutung hat die Untersuchung der letzten Jahrgänge zum Zwecke der Berufsberatung. Für die Verhältnisse nach dem Kriege hat sich die schulärztliche Tätigkeit besonders der Fürsorge für die ihres Ernährers beraubten Kinder, der militärischen Jugendvorbereitung und der Förderung besonders begabter Kinder zuzuwenden. Wie Höhne sich diese letztere Betätigung denkt, ist unklar. Neu und bemerkenswert war indes ein anderer Vorschlag, die schulpflichtig werdenden Kinder 1 Jahr vor der Einschulung ärztlich zu untersuchen; ich glaube, daß seine Durchführung ernstlicher Erwägung wert ist.

Roller (Darmstadt) behandelte noch einmal die Frage des Ausbaues der

schulärztlichen Tätigkeit an den höheren Lehranstalten. Der von ihm in der Einleitung gegebene historische Überblick lehrte, welcher Widerstand von seiten der Pädagogen dem Bestreben, auch die Schüler und Schülerinnen höherer Lehranstalten ärztlich zu betreuen, entgegengesetzt wird. Es waltet noch immer der Gedanke ob, daß der Schularzt Vorgesetzter der Lehrkörper werden könne und daß öfters Konflikte unabweislich seien. So fest hat sich dieser Gedanke eingenistet, daß trotz der Erfahrungen in Sachsen-Meiningen seit 1901 und seit Erlaß des württembergischen Schularztgesetzes 1912, trotz der Erfahrungen in einer Reihe deutscher Städte und trotz der Referate von Gastpar (1905), Schmidt, Wehrmann (1907) und Profé (1907), Leubuscher und Döll (1911), Dörnberger und Stelzner (1914), sich der Schularzt an der bei weitem größten Zahl der Gemeinden noch keinen Eingang verschafft hat. Roller konnte deshalb auch nur feststellen, daß der Widerstand der Oberlehrer noch vorhanden ist und daß überall da, wo Schulärzte an höheren Lehranstalten sich betätigen, keinerlei Unannehmlichkeiten sich herausgestellt hätten. Sie sind auch undenkbar. Auch der Einwand, daß das Elternhaus für die Kinder Sorge genug trage, ist hinfällig; abgesehen davon, daß dies oft genug nicht der Fall ist, sind viele Eltern höherer Schüler pekuniär ungünstig gestellt. Nach einer von Roller mitgeteilten Statistik waren bei 10—19% der Schüler von Realanstalten die Eltern Handwerker und Subalternbeamte. Der Vortr. stellte deshalb erneut die Forderung nach Schulärzten an allen höheren Lehranstalten. Ihre Hauptaufgabe habe darin zu bestehen, ein richtiges Bild über den körperlichen und geistigen Zustand der Schüler zu gewinnen und beide fortlaufend zu kontrollieren, Vorkehrungen zu treffen, daß Schädigungen durch den Schulbetrieb von den Kindern ferngehalten blieben und die als krank ermittelten der ärztlichen Behandlung zuzuführen. Der Schularzt hätte auch an den höheren Lehranstalten der Hygiene des Schulhauses seine Aufmerksamkeit zuzuwenden und in Fragen der Unterrichtshygiene beratend mitzuwirken. Eine wichtige Aufgabe der Schulärzte erblickt Roller in einer planmäßigen Elternbelehrung.

In der sich anschließenden Besprechung wurde besonders Beachtliches nicht vorgebracht.

III. Therapeutische Notizen.[1])

* **Über Seifenersatz** schreibt K. Oppenheimer (München): In der Zeit der Seifenknappheit dürfte vielleicht ein Verfahren interessieren, das ich in der Notkrippe an der Auerfeldstraße 6 seit etwa 6 Wochen mit gutem Erfolg anwende. Nach allerhand Versuchen, bei denen mich der Besitzer der Chemischen Fabrik Aubing, Herr Dr. Bloch, in dankenswerter Weise mit seinem fachmännischen Rat unterstützte, werden die Kinder in der genannten Krippe im täglichen Bade statt mit Seife mit Bolus alba gewaschen, dem $2^1/_2$% kalzinierte (wasserfreie) Soda zugesetzt ist. Von dem anfänglich probierten Zusatz von 10 bzw. 5% Soda mußte Abstand genommen werden, weil die Haut an den Händen der Pflegerinnen rissig wurde. Der jetzige Zusatz von $2^1/_2$% Soda genügt vollständig zur Säuberung der Kinder und greift die Hände der Pflegerinnen nicht an, obwohl eine der Damen täglich 20 Kinder zu baden hat. Sämtliche Kinder, auch die Säuglinge, vertragen die Waschung gut, die aber nur auf den Körper Anwendung findet. Die Köpfe der Kinder werden mit einer Gallerte gewaschen, die jeweils am Abend zuvor in der Weise hergestellt wird, daß 10 g Soda und 10 g feingeschnittene Seife mit 1 Liter Wasser aufgekocht werden. Für ein Kind braucht man täglich etwa 15 g von dem Bolus-Sodapulver, was einer Ausgabe von 0,3 Pfennig gleichkommt. Das Pulver wird wie Seife auf einen Waschlappen genommen. Ebenso wie Bolus läßt sich auch Kaolin (Tonerde) verwenden, das noch billiger und stets erhältlich ist.

(M. m. W. 1916. Nr. 18.)

* **Über Seifenersatz.** Von Prof. Karl Herxheimer. (Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Frankfurt a. M.) Wenn man Talk, Bolus oder ähnliche Silikate durch Bindemittel zusammenschweißt, so läßt sich die Masse in

---

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



Stücke pressen, die sich nach dem Aussehen und in der Form von der gewöhnlichen Waschseife nicht unterscheiden, so daß also die Suggestion vorhanden ist, daß man gewöhnliche Seife vor sich habe. Eine solches Präparat stellt die Frankfurter Hirsch-Apotheke her, wobei die Silikate durch einen Pflanzenschleim zusammengehalten werden und wobei die reinigende Wirkung durch Zusatz von Saponinen erhöht ist. Wenn man mit einem derartigen Seifenersatz, dessen Bestandteile in Deutschland jederzeit reichlich vorhanden sind, und der absolut fettfrei ist, sich z. B. die Hände wäscht, so bekommt man auf den Händen scheinbar einen schaumigen Überzug, der nach einiger Reibung mit Wasser abgespült wird, die Hände werden dann ebenso rein wie nach Gebrauch der richtigen Seife. Dieser Überzug ist aber kein richtiger Schaum, sondern, wie auch das Mikroskop lehrt, ein weißlicher Brei, der zahlreiche Kristalle enthält. Zwar finden sich hierin auch einzelne Blasen, es sind aber Luftblasen, die durch den Druck des Deckglases ihre Gestalt verändern. Beim richtigen Schaum findet sich Blase an Blase, die wohl, weil sie einen feinen Überzug von fettsaurem Natron haben, ihre Gestalt auf Druck nicht verändern. Der Seifenersatz hat den Vorzug, nicht abzubröckeln, wenn er nicht sehr stark durchnäßt wird. Ferner ist er außerordentlich sparsam, da Stücke in der gewöhnlichen Seifenform im Gewicht von etwa 100 g nach 14 tägigem Gebrauch kaum abnahmen; ein weiterer Vorzug ist die Billigkeit, da sich ein Stück wie das genannte auf etwa 20 Pfennige stellt. Zu diesem Preis ist die Seife in der Hirsch-Apotheke in Frankfurt a. M., in deren Laboratorium sie hergestellt wird, als Sapartil zu haben. Wenn man sich einige Wochen mit dem Seifenersatz wäscht, verspürt man ein angenehmes Gefühl in der Haut. Allerdings macht bei fortgesetztem Gebrauch der Seifenersatz die Haut etwas trocken, jedoch ist er bisher wochenlang auch von empfindlicher Haut ohne jeden Nachteil ertragen worden. Selbstverständlich ist er auf behaarter Haut, insbesondere der Kopfhaut, nicht anzuwenden, ebensowenig eignet er sich zum Rasieren. Ein kleiner Nachteil ist ferner das Schmutzigwerden des Waschwassers und Flecke, die der Brei auf Stoffen, z. B. Kleidern, macht; diese können jedoch ohne weiteres vollkommen durch Bürsten entfernt werden. Der Anwendungskreis des Seifenersatzes ist bisher nicht auf die Wäsche ausgedehnt worden, durch die mechanischen in dem Ersatz enthaltenen Mittel wird vielleicht die Wäsche auf die Dauer beschädigt. Der Seifenersatz hat ferner die Fähigkeit, Medikamente, sogar in Lösungen, aufzunehmen. Es können bis zu einem gewissen Prozentsatz Schwefel, Salizylsäure und deren Salze, Naphthol, Teer, Sublimat usw. inkorporiert werden. Aber auch ohne die Medikamente eignet sich die Seife in hervorragender Weise zur Entfernung von Schuppen auf unbehaarter Haut, eine Eigenschaft, die namentlich für die Behandlung der Psoriasis wichtig ist. Es ist hiernach kaum nötig hervorzuheben, daß bei solcher Haut, bei der mechanische Alterationen vermieden werden müssen, der Seifenersatz keine Anwendung finden darf, z. B. bei Ekzemen. (B. kl. W. 1916. Nr. 17.)

*** Über die Höhensonnenbehandlung des Lupus und anderer tuberkulöser Erkrankungen der Haut.** Von Priv.-Doz. Dr. G. A. Rost. (Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Bonn.)

1. Durch Allgemeinbestrahlung mit der künstlichen Höhensonne allein kann bei Lupus und anderen tuberkulösen Erkrankungsformen der Haut und der Schleimhäute neben einer auffallenden Besserung des Allgemeinzustandes eine — unter Umständen an Heilung grenzende — günstige örtliche Beeinflussung erzielt werden.

2. Beschleunigt und vertieft werden kann diese örtliche Besserung durch Kombination mit Quarzlampenbestrahlung.

3. Dieses kombinierte Verfahren gestattet die Behandlung schwerster Formen. Es ist infolge der geringen örtlichen Reaktionen fast schmerzlos und infolge der Abkürzung der Gesamtbehandlungsdauer wie der Dauer der einzelnen Sitzungen erheblich billiger als z. B. die bisherige Lichtbehandlung, ohne bezüglich der Resultate hinter dieser zurückzustehen; im Gegenteil bezüglich der Dauerheilung diese letztere vielleicht noch übertreffend.

4. Für Schleimhautlupus sowie die Formen der chirurgischen Tuberkulose eignet sich besonders die Kombination mit (gefilterten) Röntgenstrahlen. Auch hierbei ist eine Beschleunigung des Heilungsprozesses unverkennbar.

(D. m. W. 1915. Nr. 39.)



Pellidolsalbe als Ekzemmittel. Von Universitätsdozenten Dr. S. C. Beck in-Pest. Verf. wendet die 2%ige Pellidolsalbe schon seit längerer Zeit sowohl bei Gesichtsekzemen exsudativer Kinder wie auch bei chronischen, mit Lichenifikation einhergehenden Ekzemen der Erwachsenen an und war mit der Wirkung des Mittels zumeist sehr zufrieden. Besonders günstig schien die Pellidolsalbe bei Lichen sol. chron. Vidal der Hinterhaupt- und Nackengegend mit sekundärer Ekzematisation zu wirken. Da aber das Vaselin speziell bei Kindern keine ideale Salbengrundlage ist, benutzt Verf. oft an Stelle des Vaselins Unguent. simpl. bzw. emolliens. Es steht jedoch außer Zweifel, daß das Pellidol auch Reizerscheinungen hervorrufen kann, so daß bei seiner Verordnung gewisse Vorsicht geboten ist, geradeso wie z. B. bei Teerpräparaten.

(M. m. W. 1915. Nr. 51.)

*** Über den Einfluß der vollständigen Gaumenmandelentfernung (Tonsillektomie) auf den Gelenkrheumatismus.** Von Marine-Assistenzarzt Dr. Walther Taube. Verf. kommt zu folgendem Ergebnis:

1. Bei allen an Gelenkrheumatismus und ähnlichen, leichteren oder schwereren Allgemeinerscheinungen Erkrankten ist auf die gründliche Untersuchung der Mandeln das größte Gewicht zu legen. Der Arzt muß vor allem daran denken, daß ein Zusammenhang besteht, daß Herderkrankung und Allgemeinerscheinungen hinsichtlich ihrer Schwere sich durchaus verschieden verhalten können, daß endlich den Patienten ihre Mandelgrubenerkrankung gar nicht zum Bewußtsein zu kommen braucht.

2. Ist einmal die Mandelgrubeneiterung als Grunderkrankung des Gelenkrheumatismus sicher festgestellt, dann soll der Arzt die Mandeln restlos und gründlich entfernen oder dafür Sorge tragen, daß der Eingriff in seinem Sinne von einem Facharzt ausgeführt wird. Ein guter Zustand der Mundhöhle ist für die Operation unerläßlich.

3. Über den Wert oder Unwert einer Behandlungsart entscheiden nicht nur einige charakteristische Fälle, sondern eine große Anzahl. Deshalb ist es letztens nötig, daß jeder Arzt möglichst viele Fälle von tonsillar bedingtem und behandeltem Gelenkrheumatismus zusammenstellt; Hauptwert muß vor allem auf die erzielten Dauererfolge gelegt werden. Ganz besonders berufen dazu, die Methode der Mandelbehandlung bei Gelenkerkrankungen und die Dauererfolge bis ins einzelste nachzuprüfen und zu beurteilen, erscheinen die Militärärzte. Denn keinem Arzt steht so viel einschlägiges Material zu Gebote, und keiner kann das endgültige Schicksal seiner Patienten so genau verfolgen wie der Militärarzt, der jeden Behandelten nicht nur während der Dienstzeit beobachten, sondern jahre- und jahrzehntelang über ihn die genauesten Erkundigungen einziehen kann. (Ztschr. f. ärztl. Fortbild. 1915. Nr. 22/23.)

*** Hexophan, ein neues Mittel gegen Gicht und Rheumatismus.** Von Dr. L. Ad. Beeck (Berlin). Verf. hat bei interner Darreichung von 3—4mal täglich 1 g sehr gute Erfolge erzielt. (D. m. W. 1916 Nr. 16.)

* Eine vorläufige Mitteilung über **Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Trichloräthylen** machte Pleßner. Das Mittel wird auf Watte geträufelt zum Inhalieren. Manchmal genügen 3—8 Tropfen, aber es können auch 30—60 nötig sein. Die Methode hat sich sehr gut bewährt, besonders wenn sie rechtzeitig angewandt wurde. Von den 14 Fällen wurden 5 in wenigen Tagen mit sehr kleinen Dosen geheilt, 6 erst nach 3—6 Wochen.

(Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankh., 13. III. 16.)

Heilung eines Falles von Morbus maculosus Werlhofi durch Koagulen Kocher-Fonio. Von Doctorand med. Christo Duschkow-Kessiakoff in Sofia. Es handelte sich um einen recht schweren Fall bei einem $5^1/_2$ Monate alten Kinde, bei dem die Injektion von 1 ccm einer 10%igen Koagulenlösung, in physiologischer Kochsalzlösung gelöst, subkutan Heilung herbeiführte.

(D. m. W. 1916. Nr. 25.)

Sennax in der Kinderpraxis. Von Dr. Kollwitz in Berlin. In neuerer Zeit hat die chemische Fabrik Knoll ein Sennapräparat geschaffen, das Sennax, welches vor den bisher angewandten Sennesblätterzubereitungen wesentliche Vorzüge zu haben scheint, namentlich für die Kinderpraxis, weil es gern genommen wird, sehr gut haltbar ist, bequem dosiert werden kann und keinerlei Kneifen verursacht. Man hat aus den Folia Sennae das wirksame Glykosid extrahiert, von den harzigen Bestandteilen befreit und in eine angenehm schmeckende

Zubereitung übergeführt. Es gibt Sennaxtabletten, die Verf. nur ältere Kinder nehmen läßt, meist ein Stück vor dem Zubettgehen, und flüssiges Sennax, das Verf. für die kleineren Kinder vorzieht, $^1/_2$—1 Kaffeelöffel voll abends. Auch Säuglingen von 3 Monaten ab läßt Verf. etwa $^1/_2$ Kaffeelöffel voll bei hartnäckigen Obstipationen geben. Verf. hat nie über Störungen oder mangelhafte Erfolge zu klagen gehabt, so daß er das Sennax für die Kleinkinderpraxis als zweckmäßiges Abführmittel empfehlen kann. (D. m. W. 1916 Nr. 28.)

Über Keuchhustenbehandlung. Von Dr. Kurt Ochsenius, Kinderarzt in Chemnitz. In einer früheren Arbeit hat Verf. auf Grund eines Materials von 95 Fällen eine neue Behandlungsweise des Keuchhustens beschrieben. Inzwischen ist die Zahl der so in der Privatpraxis behandelten Kinder auf 447 gestiegen, das Verfahren selbst noch weiter ausgebaut worden, so daß Verf. sich berechtigt glaubt, hierüber an dieser Stelle zu berichten. Nach seiner Erfahrung findet man klinisch die ersten und bei komplikationslosen Fällen einzigen Veränderungen stets im Rachen: Rötung und Schwellung der Schleimhaut, besonders an den Seitensträngen. Am besten kann man das bei Säuglingen beobachten, deren Rachenschleimhaut gewöhnlich noch nicht durch Katarrhe verändert ist. Dem objektiven Befunde entsprechend klagen die erwachsenen Patienten, deren Verf. fünf aus wissenschaftlichem Interesse mitbehandelt hat — Mütter, die sich an ihren Kindern infiziert hatten —, über ein Gefühl krampfartigen Zusammenziehens im Halse, das allmählich immer stärker wird, bis ein Hustenanfall erfolgt, nach dem vorübergehend Ruhe eintritt. Dieser Vorgang beruht darauf, daß der vermehrt abgesonderte Schleim auf die Schleimhaut des Rachens läuft; da nun beim Keuchhusten die Reflexzone für den Hustenreiz stark vergrößert ist, so löst jede Berührung der hinteren Rachenwand und der Umgebung des Kehlkopfes einen Hustenanfall aus. Verf. suchte nun vor allem die katarrhalischen Erscheinungen im Rachen durch Bepinseln, besonders der Seitenstränge, mit einer Höllensteinlösung zu bekämpfen, in dem Bestreben, die Entzündung zu lokalisieren und auf diese Weise gleichzeitig die Schleimabsonderung zu vermindern. Die Patienten spürten sofort Erleichterung und Befreiung, die mehrere Stunden anhielt, bis dann die Schleimabsonderung und damit der Hustenreiz von neuem einsetzte. In einer Anstalt müßte demgemäß ein idealer Erfolg zu erzielen sein, wenn man nach oder besser vor jedem drohenden Anfall die Pinselung ausführen könnte. Als Resultat seiner Versuche möchte Verf. für die Privatpraxis zusammenfassend folgendes empfehlen: Solange die Doppelanfälle andauern, wird am besten täglich 2mal, mindestens aber 1mal gepinselt, und zwar mit einer 2%igen Arg.-nitr.-Lösung, von deren tadelloser Beschaffenheit man sich stets überzeuge. Wenn die Entzündungserscheinungen im Halse zurückgehen und die Anfälle wesentlich abnehmen, kann man zu Pinselungen an jedem zweiten Tag übergehen, steigere aber, nicht zum mindesten auch aus psychischen Gründen, die Konzentration auf 3 und 4% und führe dies durch, bis der Husten völlig aufhört. Sehr bewährt hat sich Verf. im letzten Jahr als unterstützendes Moment das täglich 3malig durchgeführte Einträufeln einer Silberlösung in die Nase.

Rp. Argent. proteinic.
Argent. colloid. aa 0,1
Aqua dest. ad 10,0

D.S. Nasentropfen. 3mal täglich 5 Tropfen in die Nase träufeln.

Es ist erstaunlich, welche enormen Schleimmengen aus dem Nasenrachenraum entleert werden. In einer Reihe von Fällen bewährte es sich besonders, das Einträufeln in der letzten Stunde vor dem Schlafengehen 2mal vorzunehmen. (M. m. W. 1916 Nr. 26.)

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. **Juni 1917.** Nr. 6.

I. Referate.

Theodor Franz und **Max Kuhner,** Über die Impfung von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen. (Hebammenlehranstalt und III. Geburtshilfliche Klinik Wien.) (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 141.) In einem, wenn auch geringen Teile der Fälle wird durch vorherige Vakzination der schwangeren Mutter eine Unempfänglichkeit (Immunität) für Vakzine beim Neugeborenen hervorgerufen. Diese Immunität dürfte nicht lange anhalten. Vom praktischen Standpunkte haben diese Verhältnisse keine Bedeutung.

Die Impfung bei Neugeborenen verläuft im übrigen stets ohne jede Schädigung und erzielt sicher den gleichen Schutz gegen Variola wie Vakzination in späteren Lebensperioden. Bekannt ist das Fehlen des Fiebers bei der Vakzine des Neugeborenen. Schick.

J. Aug. Hammar, Mikroskopische Analyse der Thymus in 14 Fällen sogenannten Thymustodes. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 153.) Schöne histologische Untersuchungen über Veränderungen der Thymus bei Fällen von sog. Thymustod. Es ergibt sich, daß es nicht angängig ist, von einem festen Strukturbild der Thymus bei solchen Fällen zu sprechen, höchstens besteht eine gewisse Verschiebung des Strukturbildes im Verhältnis vom Mark zur Rinde, die aber doch noch innerhalb des Rahmens des Normalen zu liegen kommt. Diese Verschiebung spricht wohl für eine beeinflußte Thymusfunktion, erklärt aber nicht den akuten Tod. Schick.

Fritz Heller, Der Blutzuckergehalt bei neugeborenen und frühgeborenen Kindern. (Hebammenlehranstalt und Kinderklinik Straßburg.) (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 129.) Untersuchungen mittels der Mikromethode nach Bang. Die Reduktionswerte bei oben erwähnten Kindern bewegen sich im wesentlichen innerhalb derselben physiologischen Variationsbreite, wie sie dem älteren Säugling und dem Erwachsenen zukommt. Weder das Alter noch die Nahrungsmenge noch auch die Zeit der Nahrungsaufnahme hat irgendwelchen nennenswerten Einfluß auf das Verhalten des Blutzuckers. Auch der Harn des gesunden neugeborenen Kindes enthält in den ersten Lebenstagen keinen Zucker. Schick.

Julius Zappert, Über ein gehäuftes Auftreten gutartiger Fazialislähmung beim Kinde. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 135.) Verf. hat von Ende Mai bis Anfang Juli 1914 vier Kinder mit frisch entstandener peripherer Fazialislähmung beobachtet (3 Knaben 9, 10, 11 Jahre, und ein 4 Jahre altes Mädchen). Das

Einsetzen erfolgte bei völligem Fehlen irgendwelcher Begleiterscheinungen. Die elektrische Erregbarkeit war deutlich vorhanden, die Zuckung war etwas träger. Die Prognose der Fälle wurde günstig gestellt. Alle vier Fälle heilten innerhalb 2—3 Wochen.

Zum Unterschiede von Fazialislähmung bei Poliomyelitis ist darauf hinzuweisen, daß bei diesen in der Regel deutliche Allgemeinsymptome und zerebrale Reizerscheinungen im Beginn zu beobachten sind. Trotzdem könnten beschriebene Fälle leichteste Formen von Poliomyelitis darstellen. Schick.

J. Aug. Hammar, Gewisse Fälle von Thymusasthma im Lichte der Thymustopographie. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 218.) Topographisch-anatomische Betrachtungen, die dafür verwertet werden, daß die Dyspnoe und der Stridor inspiratorischer Art, wenn ein operatives Hervorziehen der Thymus Erleichterung schuf, nicht durch einen in oder gleich unterhalb der Brustapertur durch die Thymus auf die Luftröhre geübten Druck bewirkt sein kann; denn die Thymus wird bis an die Herzbasis immer umfangreicher, und die Respirationsbeschwerden müßten beim Hervorziehen oder beim exspiratorischen Hervorpressen des Organs verstärkt werden. Die Druckstelle muß daher an oder unterhalb der dicksten Stelle der Thymus, d. h. an oder unterhalb der Herzbasis, gesucht werden. Unter Umständen könnte schon die Bifurkationsstelle in Betracht kommen. Überdies kann sich die Thymus bei ihrer breiten Form beiderseits tief in die Pleurahöhlen vorbuchten und unter Umständen der freien Entfaltung der Lungen dann ein gewiß nicht geringes Hindernis entgegenstellen.

Leider war Verf. nicht in der Lage, diese Verhältnisse an einem klinisch beobachteten Falle kritisch nachzuprüfen. Schick.

A. Norgaard, Über eine quantitative Methode zur Bestimmung von Eiter im Urin Pyelitiskranker mittels Wasserstoffsuperoxyd. (Reichshospital Kopenhagen.) (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 244.) Eiterzellen zersetzen bekanntlich H_2O_2. Die entwickelte Luftmenge ist proportional der Anzahl der Leukczyten. Verf. hat einen einfachen Apparat konstruiert und die Brauchbarkeit desselben an zahlreichen Fällen durch Parallelbestimmungen mittels Zählung der Zellen nachweisen können.

Schick.

Janssen, Die Therapie des sogenannten Azetonerbrechens. (Aus der Kinderklinik in Göttingen.) (B. kl. W. 1916. Nr. 40.) In der Literatur ist das Krankheitsbild des Azetonerbrechens wiederholt beschrieben worden. Das Wesen der Krankheit bezeichnet Hecker als ein Leiden, das sich als dem Kindesalter eigentümliche periodisch wiederkehrende Stoffwechselkrisen charakterisiere. Es äußert sich in schweren Fällen durch hartnäckiges, mehrere Tage andauerndes Erbrechen alles Genossenen, starke Ausscheidung von Azetonkörpern durch Urin und Atemluft, bedeutenden Kräfteverfall und rasche Rekonvaleszenz; in leichten Fällen durch schwer beeinflußbare Verdauungsbeschwerden mit Neigung zu Erbrechen und Verstopfung, Kräfteverfall und Ausscheidung von Azetonkörpern.

Wie Waldvogel und Hillinger nachwiesen, ist schon eine geringe Azetonmenge im gesunden kindlichen Organismus physiologisch. Eine gesteigerte Menge von Azetonkörpern tritt bei Inanition, vor allem bei dem Fehlen von Kohlehydraten auf. Die Bedeutung des Azetons bei Infektionskrankheiten hat L. F. Meyer bearbeitet. Er folgert, daß bei infektiösen Prozessen vorhandene Inappetenz eine mangelnde Kohlehydratzufuhr bedingt.

Das Azetonerbrechen befällt größtenteils Kinder, die schwächlich und leicht erregbar sind. Hecker stellt fest, daß fast ausschließlich Kinder besser situierter Kreise an Azetonerbrechen erkranken. Bei dem wiederholten Vorkommen, daß Geschwister erkranken, schließt er auf eine gewisse Heredität.

Der erste Anfall des Erbrechens setzt plötzlich ein. Prodrome können vorangehen. Eine äußere Veranlassung ist meistenteils nicht vorhanden. Die Anfälle wiederholen sich in Pausen. Die Kinder machen einen schwerkranken Eindruck. Jede Nahrungszufuhr ist unmöglich. Die geringste Menge wird sofort erbrochen. Infolge der Entwässerung der Organe stellt sich quälender Durst ein. Zu dem Erbrechen gesellt sich fast ständig Verstopfung. Die Atemluft und der Urin enthalten große Mengen von Azeton. Dieser Zustand kann 2—3 Tage anhalten, um dann wieder plötzlich zu verschwinden.

Zur Pathogenese der Erkrankung sind die von Hecker erhobenen Blutbefunde bemerkenswert. Er stellte ein starkes Überwiegen der Lymphozyten während des Anfalls fest. Im Intervall ist ebenfalls eine geringe Lymphozytose vorhanden. Seiner Ansicht nach liegt eine Störung im Abbau des Fettes vor auf der Basis einer vorhandenen Disposition. Die Disposition findet sich bei Kindern aus neuropathischen und gichtischen Familien mehr als bei anderen Kindern und ist begründet in einer Rückständigkeit der Körperentwicklung, in einem Infantilismus gewisser Organe oder Zellgruppen, die zur Fettverdauung in besonderer Beziehung stehen.

Über die Ursachen des Erbrechens sind die Ansichten geteilt. Wie schon erwähnt worden ist, kann im kindlichen Organismus Kohlehydratkarenz sowie Infektion Azetonausscheidung hervorrufen. Heubner hält die Azetonämie beim Azetonerbrechen für einen Folgezustand der schweren Inanition. Dagegen beobachteten andere Autoren das Auftreten von Azeton beim Auftreten der Attacke oder schon vorher. Da das Erbrechen nicht die Folge der Azetonämie sein kann, faßt Hecker das Erbrechen sowie die Azetonämie als Symptome derselben Stoffwechselstörung auf.

Nach Anschauung der Göttinger Kinderklinik ist die Ursache speziell des Erbrechens in einer nervösen Komponente dieser Stoffwechselstörung zu suchen. Es ist wiederholt beobachtet worden, daß Infektionskrankheiten von Azetonerbrechen begleitet sind. Es scheint, daß die Infektion einen nervösen Reiz hervorruft, der als Reaktion das Erbrechen zur Folge haben kann. Beachtenswert sind auch die Fälle, wo mit dem Azetonerbrechen eine Spasmophilie einhergeht.

Die Wirkung der Behandlung des Brechanfalls durch Zufuhr großer Mengen von Wasser entweder in den Magen oder durch hohen Einguß in den Darm, d. h. die Sistireung des Erbrechens, erfolgt

überraschend schnell. In einzelnen Fällen scheint es, daß die rechtzeitige Zufuhr von Wasser die Krise vermieden hat.

Es ergibt sich aus den Beobachtungen, daß man durch große Wasserzufuhr den akuten Anfall kupieren kann. Abgesehen von hohen Klistieren gelingt sie auf dem Mundwege. Man macht hier von der Eigenschaft des Magens Gebrauch, die wir von den akuten schweren Ernährungsstörungen kennen, daß nämlich, wenn man den Magen mit großen Mengen heißen Mineralbrunnens füllt, in dem größten Teil der Fälle das Erbrechen aufhört. Bei der Behandlung des Azetonerbrechens ist es notwendig, daß der Arzt durch seine Gegenwart dafür sorgt, daß die Wassermenge auch wirklich getrunken wird, und daß der erste Brechreiz durch strenge Verwarnung unterdrückt wird. In der Göttinger Kinderklinik wird als Flüssigkeit meist Lullusbrunnen verwendet. Man kann auch alkalische und muriatische Säuerlinge verwenden. Die Flüssigkeit muß heiß genossen und kann mit Saccharin oder Zucker gesüßt werden. Eine Stunde später kann Kartoffelbrei oder eine Mehlspeise gegeben werden.

Grätzer.

Rudolf Fischl, Über das Wesen und die Behandlung der Zystitis und Zystopyelitis im Kindesalter. (D. prakt. Arzt. 1916. Nr. 5 u. 6.) Bei der weitaus größten Mehrzahl der Fälle hat man es mit lokalen, aszendierenden, auf dem Wege der Urethra (bei Mädchen), der Verbindungsbahnen zwischen Rektum und Blase (bei Knaben) zustande kommenden, vom Darm ausgehenden Infektionen zu tun, welche oft lange Zeit auf die unteren Harnwege begrenzt bleiben und nur ganz ausnahmsweise zu Nephritis und zum Einbruch in die Blutbahn führen. Sie sind, rechtzeitig diagnostiziert, einer lokalen Therapie in der Regel zugänglich und haben im allgemeinen eine günstige Prognose.

Was die Therapie selbst anbelangt, so kann man bei leichteren Fällen erst innere Behandlung versuchen, so mit Cystopurin, wobei ausreichende Dosierung und nicht zu langer Gebrauch des Mittels anzuraten sind. Erstere soll selbst bei Säuglingen nicht unter drei Tabletten pro Tag betragen. Fälle, die innerhalb einer Woche bei diesem Vorgehen, das man durch reichliches Trinkenlassen von Wasser oder diuretisch wirkender Brunnen unterstützt, keine durchgreifende Besserung zeigen, sollen zunächst ein anderes Mittel erhalten; was diese betrifft, so hat Verf. über Hexal, Urotropin, Helmitol und Borovertin ausgedehntere Erfahrungen, während er Hippol und die Salizylpräparate nur selten anzuwenden Gelegenheit fand. Bringt dieser Wechsel des Medikamentes nicht innerhalb einiger Tage den erhofften Effekt, der sich besonders in Abfall des event. vorhandenen Fiebers, Klärung des Harns und Besserung der vorhandenen Miktionsstörungen manifestieren muß, hält Verf. den Zeitpunkt für gekommen, mit den Blasenspülungen zu beginnen. Bei strenger Asepsis und Vermeidung von zu stark reizenden Lösungen kann man, was die Situation nicht gar so selten erfordert, Wochen und Monate lang spülen und gelangt bei genügender Ausdauer schließlich doch zu einem befriedigenden Ergebnis. So brauchte es in einem erst kürzlich uns zugekommenen Falle, der sich durch besondere Hartnäckigkeit auszeichnete, einer

zweimonatigen Behandlung der Blase mit Ausspülungen, bevor der Effekt eintrat, welcher, wie die Nachfrage ergab, anhält.

Auch bei den Blasenauswaschungen ist ein Wechsel der Spülflüssigkeiten empfehlenswert, da man auf solche Weise rascher zum Ziele gelangt; Verf. beginnt in der Regel mit Lösungen von übermangansaurem Kali in der Konzentration von 1 : 5000, substituiert diese nach einer Woche durch 2% Borsäuresolution, welche lediglich zur Reinspülung dient und von einer Applikation von Argentum nitricum in der Stärke von ½—1‰ gefolgt ist, die einige Minuten in der Blase gelassen wird.

Einen ziemlich sicheren und relativ frühzeitigen Anhaltspunkt für die Wirkung der Blasenspülungen gibt die Besserung der Blasenkapazität, welche sich danach beurteilen läßt, wieviel Flüssigkeit zurückgehalten und mit welcher Kraft diese ausgestoßen wird; der Effekt in dieser Richtung pflegt der Änderung der Harnbeschaffenheit vorauszugehen.

Als ultima ratio erübrigt in besonders hartnäckigen und durch die beschriebenen Methoden unbeeinflußbaren Fällen die Vakzinetherapie, wie sie Wright empfohlen hat. Grätzer.

Wollenberg (Berlin), Spontanheilung der angeborenen Hüftgelenksluxation. (Zbl. f. chir. Orth. 1916. Nr. 9.) Gelegentlich eines Vortrages Joachimsthals über „Spontanheilung einer angeborenen Hüftluxation" erwähnte Verf. einen von ihm beobachteten ähnlichen Fall, dessen Röntgenbild er gelegentlich in einer zwanglosen Versammlung Berliner Orthopäden demonstriert hat.

Es handelte sich damals (am 26. März 1909) um ein 4jähriges Mädchen, das rechtzeitig ohne Kunsthilfe geboren sein soll. Die Fruchtwassermenge ist unbekannt. Ein jüngerer Bruder und eine Schwester sollen gesund sein.

Die kleine Patientin hat Masern, Keuchhusten und Scharlach durchgemacht, ist sonst stets gesund gewesen.

Seit das Kind gehen lernte, fiel den Eltern der schwankende Gang auf.

Der Gang des Kindes erinnert an den Luxationsgang, ist leicht schwankend, ohne direkt watschelnd zu sein. Trendelenburg beiderseits negativ. Die Palpation zeigt beide Köpfe in normaler Gegend. Beide Trochanterspitzen stehen etwa fingerbreit oberhalb der Roser-Nélatonschen Linie. Länge beider Extremitäten gleich. Es besteht doppelseitiges Genu valgum, besonders links. Keine vermehrte Lendenlordose.

Die Röntgenuntersuchung fördert nun ein eigenartiges Bild zutage: Beide Köpfe stehen innerhalb der Pfannen, aber beide Pfannen haben keine normal geschweiften Dächer, sondern verlaufen nach oben ganz seicht und flach. Im oberen Pfannendache sieht man beiderseits ganz deutliche, grubenförmige, nach außen oben sich öffnende Einkerbungen, wie sie uns als sogenannte „Gleitfurchen" aus der Anatomie der Hüftluxation bekannt sind. Beide Pfannengründe sind scheinbar etwas verdickt.

Am 20. Oktober 1913 konnte Verf. das Kind nachuntersuchen. Der Befund ist im allgemeinen derselbe, nur ist jetzt das Genu valgum verschwunden. Es fällt auf, daß beide Trochanteren etwas seitlich prominieren und daß beide Oberschenkel beim Stehen etwas hyperextendiert gehalten werden, wobei der Bauch vorgestreckt und der Rumpf etwas hintenüber gehalten wird. Der Gang hat sonst jetzt nichts Auffallendes mehr an sich, nur soll das Kind ziemlich leicht ermüden.

Der Röntgenbefund zeigt keine wesentliche Änderung gegen früher.

Im vorigen Jahre hatte Verf. nun Gelegenheit, wieder einen derartigen Fall zu beobachten und zu behandeln, bei dem es sich jedoch nur um eine einseitige Affektion handelt:

7jähriges Mädchen. Geburt ohne Schwierigkeiten. Hereditär keine Anhaltspunkte. Niemals soll ein Anzeichen für eine schmerzhafte oder entzündliche Hüfterkrankung bestanden haben.

Erst mit 4 Jahren fiel auf, daß das Kind links etwas hinkte, besonders bei Ermüdung. Schmerzen haben dabei in keiner Weise bestanden.

Der Gang ist links eine Spur schleppend, erinnert an Luxationsgang.

Linkes Bein und linke Gesäßhälfte abgemagert. Linkes Bein gegen rechtes um etwa 1 cm verkürzt. Trendelenburg links angedeutet positiv.

Bewegungen in linkem Hüftgelenke aktiv und passiv frei, nur die Abduktion gelingt links nicht ganz so vollständig wie rechts.

Es besteht eine geringe linkskonvexe Lumbalskoliose.

Das Röntgenbild zeigt ein normales rechtes Hüftgelenk, links dagegen erhebliche Veränderungen.

Das obere Pfannendach ist abgeflacht, verläuft steil nach oben und zeigt dort, wo seine Fläche sichtbar wird, jene wabenartige Knochenstruktur, die wir bei wachsenden Individuen normalerweise sehen, ebenso wie auch in diesem Falle auf der rechten Seite, nur daß dieses wabenartige Knochenfeld links viel ausgedehnter zutage tritt als rechts. In der äußersten Ecke des Pfannendaches ist die bekannte „Gleitfurche“ noch eben angedeutet. Der Pfannengrund ist links gegen rechts stark verdickt, der Y-Knorpel dementsprechend verlängert. Die „Tränenfigur“ ist links sichtbar, aber deutlich verbreitert und weniger markant als rechts. Der ganze linke Oberschenkel inklusive Trochanter major, Hals und Kopf ist schmächtiger als die entsprechenden Gebilde der rechten Seite. Der linke Kopf steht zwar in der Pfanne, aber etwas höher als der rechte: die Epiphysenlinie des Kopfes zeigt rechts ungefähr nach dem unteren Ende der „Tränenfigur“ hin, links aber bildet sie gewissermaßen eine Verlängerung des Y-Knorpels.

Wollten wir rechts dieselbe Einstellung der Kopfepiphysenlinie zum Y-Knorpel erzielen, so müßten wir den rechten Oberschenkel stark adduzieren; wollten wir links dieselbe Stellung erzielen wie rechts, so müßten wir den linken Oberschenkel maximal abduzieren.

Rechts wird der größte Teil des Kopfkernes von der Pfanne umfaßt, links nur ein kleiner Teil desselben.

Um die Gehfähigkeit zu bessern, wurden Massage, Widerstandsgymnastik, Freiübungen verordnet, die innerhalb 4 Wochen bereits ausgezeichnet wirkten: Trendelenburg erwies sich nunmehr als völlig negativ, die leichte Ermüdbarkeit war verschwunden. Die Besserung hat bei noch wiederholter Behandlung weiter angehalten, so daß bei einer Nachuntersuchung in diesem August, also 1 Jahr nach Beginn der Behandlung, der Gang und die Leistungsfähigkeit des Kindes dem Normalen ziemlich nahe kommt. Die linksseitige Beinverkürzung wird durch eine Sohlenerhöhung ausgeglichen.

Eine jetzt vorgenommene Röntgenuntersuchung ergibt noch den gleichen Befund wie früher.

Die beiden eben beschriebenen Fälle stellen mit Sicherheit, der eine doppelseitig, der andere einseitig, Veränderungen des Hüftgelenkes dar, die genau denen der angeborenen Hüftluxation entsprechen — mit dem einzigen Unterschiede, daß eben keine Luxation vorliegt. Gleichwohl weisen in dem ersten Falle die ausgesprochenen „Gleitfurchen“ darauf hin, daß der Stand der Köpfe zu irgendeiner Zeit des Lebens vor oder nach der Geburt einmal ein anderer gewesen ist als jetzt, und zwar der einer Luxation in ihren Frühstadien, zumindest der einer Subluxation. Im zweiten Falle ist die „Gleitfurche“ nur noch angedeutet, der Kopf hat aber auf der linken Seite eine wesentlich andere Position, und zwar eine höhere Lage innerhalb der Pfanne, als auf der rechten.

In beiden Fällen hat also früher einmal eine Subluxation oder gar Luxation bestanden, die aber, da niemals irgendeine ärztliche Beeinflussung der Hüftgelenke erfolgt ist, entweder bereits intra-

uterin oder nach der Geburt, und zwar wohl sehr bald nach der Geburt, von selbst reponiert wurde, wahrscheinlich durch zufälliges oder nicht zufälliges Einnehmen einer analogen Beinstellung, wie wir sie bei unseren Repositionsmanövern anwenden.

Verf. glaubt daher, daß wir von einer „Spontanheilung" der angeborenen Hüftgelenksverrenkung in solchen Fällen mit Recht sprechen dürfen, und möchte als Kriterium dieser Fälle hinstellen, daß sie genau den Eindruck einer von uns durch Reposition und retinierende Verbände geheilten Hüftluxation machen. Diese Fälle, bei denen man die Spontanheilung doch sehr früh setzen muß, beweisen wieder, daß man noch sehr lange nach der Reposition die anatomischen Kennzeichen der Luxationshüfte erkennen kann.

Grätzer.

C. Seitz, Gesundheitliche Kleinkinderfürsorge. (Bl. f. Säuglingsfürs. 1916. Nr. 9.) Kurz zusammengefaßt wären für eine großzügige und umfassende Kleinkinderfürsorge folgende Forderungen zu erfüllen:

1. Unterricht. a) für alle Kinder am Ende der Volksschule in den Grundregeln der Gesundheitspflege; b) für alle heranwachsenden Mädchen in den Fortbildungsschulen über Kinderpflege und Ernährung; c) für Fürsorgerinnen, Kindergärtnerinnen, Ordensschwestern in Kleinkinderfürsorge.
2. Belehrung und Beratung der Mütter in Kleinkinderfürsorgestellen, in denen die Kostkinder pflichtgemäß vorzustellen sind.
3. Erlaß entsprechender ortspolizeilicher Vorschriften über die gesundheitlichen Anforderungen an Krippen und Bewahranstalten bezüglich Räume, Einrichtung, Betrieb und ärztliche Aufsicht.
4. Angliederung von Infektionsabteilungen an gemeindliche bzw. Distriktskrankenhäuser.
5. Errichtung von Heilstätten für chronisch Kranke und von Erholungsheimen für schwächliche Kleinkinder.

Um diesen umfangreichen Forderungen gerecht zu werden, müssen Staat, Distrikte, Gemeinden und private Wohltätigkeit zusammenhelfen. Die Sorge für die Organisation des Unterrichtes obliegt dem Staate, der auch einen allmählich zu steigernden Etatsposten in das Budget für die Zwecke der Kleinkinderfürsorge einstellen sollte — ohne dabei die für Zwecke der Säuglingsfürsorge ausgeworfenen Mittel zu schmälern. Sache des Staates ist es auch, die für Durchführung eines einwandfreien gesundheitlichen Betriebes in den genannten Kleinkinderanstalten nötigen Vorschriften zu erlassen. Vom Staate ist auch die Einbeziehung der Familien in die gesetzliche Krankenversicherung herbeizuführen, denn nur mit solcher Hilfe sind die Gemeinden imstande, die großen, sie durch eine gut durchgeführte Kleinkinderfürsorge treffenden Kosten zu tragen; solche erwachsen beim erweiterten Unterricht, bei der Organisation der Fürsorgestellen und besonders bei der Krankenhausbehandlung. Den Gemeinden stehen späterhin Ersparnisse in Aussicht, wenn durch diese Fürsorge eine gesunde Generation heranwächst. Die Familien, welche ihre Kinder tagsüber in Pflege geben, sind zu einem ihren Verhältnissen

entsprechenden Beitrag heranzuziehen. An den Kosten der Kleinkinderfürsorge in Orten bzw. Gegenden mit großer Industrie ist auch diese zu beteiligen, da sie selbst Interesse hat an einem gesunden Nachwuchs kräftiger Arbeiterschaft. Der privaten Wohltätigkeit endlich bleibt ein weites Feld der Betätigung bei Errichtung und Unterhalt der Heilstätten und Erholungsheime, welche das wichtige Endglied in der Reihe der Fürsorgemaßnahmen bilden. Grätzer.

J. Zappert (Wien), Über einen epileptiformen pseudobulbären Symptomenkomplex mit günstigem Verlauf. (Neur. Zbl. 1916. Nr. 17.) Unter diesem Titel beschrieb Verf. im Jahre 1913 ein Krankheitsbild des Kindesalters, dem er glaubte, eine klinische Sonderstellung einräumen zu dürfen. Die zwei beobachteten Fälle boten folgende gemeinsame Merkmale dar: Bei Kindern im Alter von 2—3 Jahren tritt, ohne daß vorher Konvulsionen oder Zeichen von Spasmophilie vorhanden gewesen wären, plötzlich ein Anfall nach Art eines epileptischen auf. Nach 1—2 Wochen kommt es zu einem neuen Anfall, dann wiederholen sich die Konvulsionen in kürzeren Zwischenräumen und steigern sich bereits mehrere Wochen nach Beginn der Erkrankung zu häufigen, während des Tages und namentlich gegen Ende der Nacht auftretenden epileptiformen Anfällen. Außerdem stellen sich kurze Attacken ein, bei denen die Kinder zusammensinken, meist nach vorne fallen und für ganz kurze Zeit bewußtlos sind. Auf dem Höhepunkt der Krankheit sind 30 und noch mehr derartiger schwacher und starker Anfälle innerhalb 24 Stunden zu zählen. Auch in der anfallsfreien Zeit zeigen sich blitzartige Zuckungen in den Extremitäten ,im Gesicht und namentlich um den Mund, ohne daß es hierbei zu Bewußtseinstrübung kommt. Gleichzeitig wird die Sprache schwerfällig und undeutlich, es stellt sich Speichelfluß ein, auch das Schlucken ist gestört. Am ganzen Körper besteht ein grobwelliger Tremor, das Gehen wird taumelnd, ungeschickt, hört schließlich vollständig auf. Die unteren Extremitäten sind leicht spastisch, die Reflexe gesteigert. Die Intelligenz der Kinder ist während der ganzen Zeit völlig ungestört; sie spielen, sind relativ heiter. Nach mehrmonatiger bzw. mehrjähriger Dauer dieser Symptome lassen die Anfälle sichtlich nach, während die pseudobulbären Merkmale noch eine Zeitlang auf gleicher Höhe verbleiben. Allmählich tritt auch hier eine Besserung ein, und es kommt schließlich zu einem Schwinden sämtlicher Krankheitszeichen, von denen die Undeutlichkeit der Sprache am längsten bestehen bleibt. Schließlich fehlen alle Krankheitssymptome. Während der ganzen Dauer dieser zerebralen Reizsymptome bestehen Störungen von seiten des Verdauungstraktes, die sich in starker Appetitlosigkeit und einer schwer zu bekämpfenden Stuhlträgheit äußern. In dem einen Falle waren die ersten Anfälle einige Wochen nach einem hoch fieberhaften, schweren Dickdarmkatarrh aufgetreten.

Dieses Krankheitsbild hatte Verf. zur Zeit seiner ersten Mitteilung bei zwei Kindern — beides Knaben — im Alter von 2 und $2^1/_2$ Jahren beobachtet. Bei einem derselben hatte die ganze Krankheit etwa $^3/_4$ Jahr, bei dem anderen nahezu 4 Jahre gedauert.

Ein glücklicher Zufall brachte Verf. Gelegenheit, einen dritten hierher gehörigen Fall kennen zu lernen, dessen Krankengeschichte kurz folgende ist:

Ernst E., 3 Jahre alt. Das Kind war gesund, hatte nie Fraisen gehabt und rechtzeitig laufen und sprechen gelernt. Ende September 1914 stellten sich Störungen von seiten des Magens und Darmes, Erbrechen, Abführen, ein, die weder durch Diät noch durch Medikamente zu bekämpfen waren. Anfang Oktober trat während der Nacht ein heftiger Anfall von Krämpfen im Gesicht und an allen Extremitäten mit Bewußtlosigkeit auf. Solche Anfälle wiederholten sich mehrmals innerhalb der nächsten 14 Tage, dann alle 3—5 Tage und schließlich täglich; namentlich die frühen Morgenstunden waren nahezu alltäglich gestört. Neben diesen großen Anfällen zeigten sich bereits etwa 14 Tage nach der ersten Attacke ganz kurze Anfälle von Stöhnen oder Seufzen, Bewußtlosigkeit, Nach-vorne-fallen. Im Januar 1915, also etwa $^1/_4$ Jahr nach Beginn der Krankheit, traten körperliche Symptome, und zwar Sprachschwierigkeiten, Gehstörungen und Zittern am ganzen Körper hinzu. Als Vortr. den Knaben im März 1915 sah, hatte der Zustand seinen Höhepunkt erreicht. Große und kleine Anfälle waren 20mal und noch öfters am Tage zu beobachten, außerdem bestanden fortwährende Muskelzuckungen, namentlich um den Mund, sowie grobwelliges Wackeln des ganzen Körpers. Die Sprache war sehr erschwert, lallend, so daß das Kind es vorzog, überhaupt nicht zu sprechen. Die Zunge zeigte einen deutlichen Tremor, doch bestanden weder Speichelfluß noch namhafte Schluckbeschwerden. Die Augenbewegungen waren frei, der Augenhintergrund normal. Sehr beträchtlich waren die Gehstörungen; das Kind weigerte sich überhaupt zu gehen; versuchte man, es auf den Boden zu stellen, so setzte es die Beine breit und ungeschickt auf, machte einige taumelnde Schritte und zeigte Neigung zum Umfallen. Kopfschmerz, Erbrechen, Pulsverlangsamung fehlten. Die Intelligenz des Kindes ist vollkommen normal, der Augenausdruck lebhaft, das Interesse für die Ereignisse der Umgebung ein gewecktes. Es besteht starke Appetitlosigkeit und hartnäckige Verstopfung.

Ende März 1915 stellte sich — wie die Mutter mit Nachdruck behauptet, nach einigen ausgiebigen Darmentleerungen — eine rasche Besserung ein. Zuerst schwanden die großen, dann die kleinen Anfälle, schließlich die Geh- und Sprachstörungen. Zu gleicher Zeit kam es wieder zu regelmäßiger Darmtätigkeit. Seit April 1915, also seit 1 Jahre, ist das Kind vollkommen gesund, entwickelt sich körperlich und geistig ausgezeichnet und hat trotz vorübergehender neuerlicher Darmstörungen nie wieder einen Anfall gehabt.

Es besteht kaum ein Zweifel, daß dieser Fall sich klinisch jenen anreiht, welche Verf. in seiner ersten Mitteilung beschrieben hat. Das plötzliche Einsetzen der Konvulsionen mit dem raschen Erreichen des Höhepunktes, die Kombination der gehäuften großen und der zahlreichen kleinen Anfälle, die Muskelzuckungen im Gesicht und das Wackeln des Körpers, die Schwierigkeit zu sprechen, die beträchtlichen Gehstörungen und die trotz der schweren Krankheitssymptome unversehrte Intelligenz — all diese Merkmale decken sich so sehr mit jenen der beiden früher beschriebenen Fälle, daß die Stellung der Diagnose und der günstigen Prognose noch innerhalb des schwersten Krankheitsstadiums möglich war. Selbst die Altersstufe zu Beginn der Erkrankung und das Geschlecht waren dieselben wie in den beiden anderen Fällen. Daß alle drei Knaben jüdischer Abstammung waren, ist wohl nur ein Zufall. Die Unterschiede dieses dritten Falles gegenüber den beiden früher veröffentlichten bestanden nur in der geringeren Intensität und in der kürzeren Dauer der Krankheit. Hingegen waren die Darmerscheinungen bei diesem Knaben ausgeprägter und boten sehr bemerkbare Begleitsymptome des nervösen Krankheitsbildes. Ebenso wie in den beiden

ersterwähnten Fällen ist auch hier vollige Heilung eingetreten, insofern man von einer solchen nach $1^1/_4$jährigem Wohlbefinden sprechen kann.

Die Schwierigkeiten der klinischen Diagnose bei diesem Krankheitsbilde hat Verf. bereits in seiner ersten Mitteilung gewürdigt. Wenn man die Fälle in ihrem Höhestadium sieht, denkt man wohl in erster Linie an eine Epilepsie bzw. an einen Status epilepticus. Trotzdem sprechen schon in dieser Krankheitsperiode einige Momente gegen diese Diagnose. Die rasche Steigerung der Zahl der Anfälle bis zu einem innerhalb weniger Wochen erreichten Status epilepticus, die hochgradigen Hirnreiz- und Pseudobulbärsymptome, welche auch nach Abnahme der Konvulsionen eine Zeitlang fortbestehen, und endlich die auffallend klare Intelligenz sind mit der Annahme einer beginnenden Epilepsie nicht gut vereinbar. Insbesondere aber spricht der Ablauf der Erscheinungen gegen Epilepsie. Selbst wenn man mit länger dauernden Remissionen rechnet, wie sie namentlich bei der kindlichen Epilepsie manchmal zu beobachten sind, so sind doch Pausen von 5 bzw. $5^3/_4$ Jahren bei völlig unbehandelten Fällen etwas ganz Ungewöhnliches. So lange ist es, seit bei den erst beschriebenen Fällen die Krankheitserscheinungen geschwunden sind. Bei dem dritten Falle sind seit der Genesung $1^1/_4$ Jahr vergangen. Alle drei Kinder sind auch im Gegensatz zu dem etwas trägen, stumpfsinnigen Verhalten latent Epileptischer geistig ungemein regsam, intelligent, lebhaft; der älteste der Knaben, der jetzt 12 Jahr alt ist, hat sogar im Privatunterricht leicht den Stoff von zwei Volksschulklassen in einem Jahre bewältigt. Es wäre jedenfalls ein höchst sonderbarer Zufall, wenn die bei Epilepsie so seltenen langdauernden Remissionen gerade bei drei Fällen auftreten würden, die sich durch die Art und den Verlauf der Konvulsionen auch sonst von dem Symptomenbilde der kindlichen Epilepsie unterscheiden.

Nach dem Gesagten erscheint die Abtrennung des beschriebenen Krankheitsbildes von der Epilepsie berechtigt, wenn man nicht etwa von „einer akuten, geheilten Epilepsie“ sprechen wollte.

Von sonstigen organischen Erkrankungen käme differentialdiagnostisch höchstens nur das Anfangsstadium der diffusen Hirnsklerose in Betracht. In bezug auf die rasch sich steigernden verschiedenartigen Krämpfe und die ausgeprägten Pseudobulbärerscheinungen bilden beide Krankheiten vorübergehend manche Ähnlichkeiten. Eine Verwechslung ist aber nicht möglich, da bei der diffusen Hirnsklerose ein rapider geistiger Verfall und eine stete Zunahme der Lähmungserscheinungen zum typischen Krankheitsbilde gehören. Daß wir es auch nicht mit einer Enzephalitis, einem Hirntumor, einer multiplen Sklerose zu tun haben, ist aus dem Ablauf der Erkrankung ohne weiteres ersichtliche. Es bleibt uns also nichts übrig, als an eine toxische Affektion des Gehirns zu denken, ohne daß wir freilich darüber im unklaren sind, daß mit dieser Bezeichnung nur unser Unvermögen, vorübergehende, nicht zur Zerstörung führende Zellschädigungen des Zentralnervensystems klinisch zu erkennen, ausgedrückt ist.

Von diesem Gesichtspunkt aus könnten wir das hier beschriebene Krankheitsbild noch am ehesten mit den kindlichen Konvulsionen in

Beziehung bringen, die sich, namentlich bei Darmstörungen, so häufig einstellen. Daß derartige Krämpfe nicht ans Säuglingsalter gebunden sind, ist eine bekannte Tatsache und wurde Verf. neuerlich durch die Beobachtung eines 10jährigen Knaben bestätigt, bei welchem wiederholte Anfälle von azetonischem Erbrechen mit allgemeinen Krämpfen einhergegangen waren. Daß auch in obigen Fällen z. T. recht ausgeprägte Darmstörungen die nervösen Erscheinungen begleiteten, hat Verf. bereits zu wiederholten Malen hervorgehoben; ob diese tatsächlich eine ätiologische Bedeutung besitzen, wagt er nicht zu behaupten. Zeichen von Spasmophilie fehlten bei allen drei Kindern (die elektrische Erregbarkeit wurde allerdings nicht untersucht). Die Beobachtungszeit der Fälle kann mit Rücksicht auf die, wenn auch unwahrscheinliche Epilepsiediagnose nicht als abgeschlossen betrachtet werden; doch bestärkt Verf. die weitere Beobachtung der beiden zuerst mitgeteilten und die Kenntnis des dritten Falles in der Annahme, daß wir es mit einem selbständigen, von der Epilepsie zu trennenden Krankheitsbilde des frühen Kindesalters zu tun haben.

Grätzer.

Hans Hänel und **Max Bielschowsky,** Olivozerebellare Atrophie unter dem Bilde des familiären Paramyoklonus. (Journ. f. Psychol. u. Neurol. 21.) Klinisch: 26 jähriger Patient. Verspätete Entwicklung der ersten Jahre, dann nach guten Fortschritten Stillstand und Verbleiben auf einer halbkindlichen Stufe leichter Imbezillität. Körperlich: Verlangsamung und Unbeholfenheit aller Bewegungen, besonders des Sprechens und der Schrift; Zittern ohne ausgesprochene Ataxie, klonische krampfhafte Muskelzuckungen, vorwiegend in der Nacken- und Schultermuskulatur, die mit völliger Regelmäßigkeit sich vor jedem Einschlafen einstellen, von Zeit zu Zeit aber sich zu tage- und wochenlangen Anfällen verstärken und sich dann auf den übrigen Körper mit Ausnahme von Gesicht, Händen und Füßen ausbreiten. Ganz langsame Verschlechterung des Zustandes. Tod durch Suizid. Ältere Schwester des Pat. zeigte schon früh langsame Sprache und Bewegungen, ferner zittrige Schrift, Kyphoskoliose, alltägliche, $^1/_2$ Stunde bis mehrere Stunden dauernde Anfälle von Gesichtszucken, Drehen und Nicken des Kopfes beim Einschlafen, zuweilen auch bei Tage. Klinische Diagnose: Familiärer Paramyoclonus multiplex.

Anatomisch: 1. Chronische Zellveränderungen in der Hirnrinde, Proliferation der faserigen Glia im Stratum zonale und in der äußeren Rindenschicht, geringe Kapillarfibrose, d. h. also Veränderungen, wie man sie physiologisch im Präsenium findet; da Pat. erst 26 Jahre alt war, weist der Befund auf einen vor der Zeit verbrauchten, invaliden Menschen hin. 2. Veränderungen des Kleinhirns und seiner Fasersysteme: hochgradige Schrumpfung des Wurms und der Hemisphären, weitgehende Kleinhirnsklerose (am schwersten betroffen ist das Stratum moleculare und die Schicht der Purkinjeschen Zellen). Dem starken Ausfall der zerebellofugalen Neurone erster Ordnung steht die relative Intaktheit der zentripetalen Faserung gegenüber, die sich in der guten Konservierung der Moos- und Kletterfasern manifestiert. Von den Faserbündeln der Kleinhirnschenkel ist nach-

weislich nur der beiderseitige Tractus olivocerebellaris, welcher durch die Corpora restiformia mit der Kleinhirnrinde in Verbindung gesetzt wird, stark degeneriert. Die untere Olive, welche als Ursprungskern des Tractus olivocerebellaris anzusehen ist, ist völlig verödet, während alle übrigen Kerne und Faserzüge in dem betreffenden Niveau der Oblongata völlig unversehrt sind. In der zweigliedrigen zerebellofugalen Bahn ist nur der kortikonukleare Abschnitt, welcher die Purkinjeschen Zellen und deren Axone umfaßt, schwer verändert. — Es erscheint zweifellos, daß die Parenchymerkrankung des Kleinhirns und der Olive eine primäre und nicht etwa eine Folgeerscheinung entzündlicher oder vaskulärer Prozesse ist; es handelt sich also um eine primär-degenerative Systemerkrankung; ob angeboren oder erworben, läßt sich mit Sicherheit nicht entscheiden. Was die nosologische Klassifikation anbetrifft, so zeigt der pathologisch-anatomische Befund, daß der Fall zur Gruppe der zerebellaren Heredoataxien gehört (olivozerebellare Form).

. Der vorliegende Fall sowie die Untersuchung von 3 Kindern einer Familie mit amaurotischer Idiotie deuten darauf hin, daß eine direkte und sehr enge Verbindung zwischen den Endformationen der olivozerebellaren Fasern und den Purkinjeschen Zellen bestehen muß, und daß deren Untergang unmittelbar die Degeneration des olivozerebellaren Systems nach sich zieht. Von welcher Beschaffenheit diese Verbindung ist, darüber läßt sich jetzt noch nichts Sicheres sagen. Kurt Mendel.

Spiegelberg, Diphtheriebazillen beim Geflügel. (Zbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde usw. 75. H. 4.) Verf. isolierte von der Rachenschleimhaut von 20 Tauben und 3 Hühnern (gesunden und kranken) Bazillen, die in ihrer Morphologie sowie in der Färbung nach Neisser den Menschendiphtheriebazillen gleichen. Aus Traubenzucker bildete ein Teil der Stämme Säure, die anderen wuchsen alkalisch. Virulenzprüfung am Meerschweinchen wurde nicht vorgenommen, wohl aber erzeugte ein Teil der Stämme, Tauben intramuskulär eingespritzt, Nekrosen; Kontrollen mit Zusatz von Diphtherieantitoxin wurden nicht ausgeführt. Bei Agglutination mittels spezifischer Sera wechselnde Resultate. Mit einem hochwertigen Serum für Menschendiphtheriebazillen (Titer 1:10000) agglutinierte einer der Taubenstämme bis zum Titer 1:2560, die anderen zwischen 1:20 und 1:640. Zum Schluß weist der Verf. auf die hohe epidemiologische Bedeutung des Wachstums von echten Diphtheriebazillen auf den Geflügelschleimhäuten hin. Kurt Boas.

K. Biesalski, Meine Erfahrungen mit der Försterschen Operation bei der Littleschen Krankheit. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. 35. 1915. S. 56.) Die auf Grund von 9 nach Foerster operierten Fällen von Littlescher Krankheit gewonnenen Erfahrungen des Verf.'s stehen im Widerspruch zu der ablehnenden Haltung, die Gaugele und Gumbel diesem Verfahren gegenüber eingenommen haben. Verf. warnt jedoch, das Indikationsgebiet der Foersterschen Operation allzusehr auszudehnen. Bei Littlescher Krankheit ist sie jedoch durchaus am Platz im Verein mit einer planmäßig aus-

zubauenden und zu erweiternden systematischen Übungsbehandlung. Kurt Boas.

R. Schüller, Über eigenartige Schädeldefekte im Jugendalter. (Fortschritte auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen. 23. 1915. H. 1.) Verf. berichtet über drei Fälle, in welchen ausgedehnte Schädeldefekte im Jugendalter schmerzlos und ohne Gehirnsymptome, also nahezu unbemerkt in Erscheinung traten, ohne daß dieselben auf eine der bisher bekannten Ursachen (Entwicklungsanomalien, Trauma, Druckatrophie, Entzündungen oder Neoplasmen) mit Sicherheit bezogen werden konnten. In einem Falle bestand gleichzeitig eine Dystrophia adiposogenitalis, in einem anderen ein Diabetes insipidus. In zwei Fällen wurde ein relativ rasches Zurückgehen der Schädeldefekte wahrgenommen. Mit Rücksicht auf das eigenartige Röntgenbild bezeichnet Verf. die von ihm beschriebenen Schädeldefekte als „Landkartendefekte". Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Cassel: **Über Mißbildungen am Herzen und an den Augen bei Mongolismus der Kinder.** Unter den 60 beobachteten Fällen befanden sich 8 nachweisbare angeborene Herzfehler. Im wesentlichen zeigten sie als Krankheitserscheinungen: Blausucht ohne wassersüchtige Anschwellungen. Die Blausucht konnte dauernd bestehen, sie war aber auch nur in den ersten 8 Lebenstagen bemerkbar, schließlich kam sie auch nur in Anfällen zur Beobachtung. Es fanden sich systolische, langgezogene, laute und scharfe Geräusche am Herzen. Bei drei Kranken bestand doppelseitiger Linsenstar an beiden Augen. Die Behandlung des Mongolismus ist bisher ergebnislos.

(Vereinigte ärztliche Gesellschaften, Berlin, 20. XII. 1916.)

Habermann: **Vorstellung schwerer, Tuberkulose vortäuschender Fälle von Syphilis congenita.** Bei einem 26jährigen, sehr schwächlichen Mädchen haben sich seit 10 Jahren fortschreitende, ausgedehnte Geschwüre in der Genitalgegend und an den Oberschenkeln entwickelt, seit 5 Jahren wurde auch der Kopf ergriffen. Bei der Aufnahme bestanden ausgedehnte flache Ulzerationen fast der ganzen linken Kopf- und Gesichtshälfte, völliger Defekt des rechten Ober- und Unterlides, Panophthalmitis des rechten Auges, Defekt an der Oberlippe rechts, schließlich ausgedehnte Narben am rechten Oberschenkel und an den Genitalien, in welchen sich auf Lupusknötchen verdächtige Einlagerungen zeigten. Weder die Familienanamnese noch andere Stigmata wiesen auf Lues congenita hin, so daß erst der positive Ausfall der Wa.-R. die Diagnose sicherstellte. Unter Salvarsan- und Jodbehandlung überhäuteten die Geschwüre sich ziemlich rasch. Quecksilber mußte wegen bestehender Nierenreizung vermieden werden. Das Allgemeinbefinden hob sich, das Körpergewicht nahm um 10 Pfund zu, obwohl die Wa.-R. dauernd positiv blieb. In ähnlicher Weise wies der zweite Fall, ein 10jähriges, schlecht entwickeltes Mädchen, ausgedehnte Hautgeschwüre der linken Kopfhälfte auf, zum Teil mit wallartigen, ziemlich morschen Rändern. Kleinere Herde zeigten sich an den Nates, am Periost der Finger, ferner strahlige Narben am Rücken. Das Kind war jahrelang (zum Teil in dermatologischen Spezialabteilungen) mit Salben und Röntgenstrahlen ohne wesentlichen Erfolg behandelt worden. Wa.-R. war dauernd negativ. Auch hier fehlten anamnestische und sonstige Verdachtsmomente für Lues congenita völlig (Knochen-, Augen- und Zahnstigmata), so daß erst die Therapie (Salvarsan, Jod, Schmierkur) durch ihren schnellen Erfolg die Richtigkeit der Diagnose erwies, wie sich aus dem Vergleich der Anfangsmoulage mit dem jetzigen Befunde ergibt. Auch während der Kur trat keine Schwankung der negativen Wa.-R. ein. Auf den geringen dia-

gnostischen Wert der negativen Wa.-R. selbst bei ausgedehnten tertiärsyphilitischen Erscheinungen wird hingewiesen im Gegensatz zum Frühstadium, und die Notwendigkeit einer probatorischen kombinierten Behandlung in diesen Fällen betont. Hervorgehoben wird ferner die geringe praktische Bedeutung, welche die vielgenannte „provokatorische Salvarsaninjektion" gewonnen hat, ausgenommen bei primärer Lues mit ansteigender Wa.-R., wo nicht selten positive Schwankungen auftreten. Hier kann jedoch die Diagnose stets schon vorher durch den Spirochätenbefund gesichert werden.

(Niederrhein. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Bonn, 17. VII. 1916.)

Lexer: **Chirurgische Demonstrationen.** Aneurysma fusiforme A. brachialis congenitum bei einem 1jährigen Kinde. Von der Achselhöhle bis zur Ellenbeuge des rechten Armes zeigen sich drei flache, pulsierende und schwirrende Anschwellungen. Der Druck auf diese oder auf die A. axillaris ließ sofort die ganze Hand anämisch werden. Infolgedessen wurde 2 Monate lang für immer längere Zwischenräume ein Kompressionsverband angewandt, durch welchen schließlich erzielt wurde, daß die Hand bei Druck auf die Arterie nicht mehr blutleer wurde. Sodann Operation. Die A. axillaris erweiterte sich spindelförmig, fast zu Daumendicke, und verlief mehrfach gewunden in ähnlicher Stärke bis zur Ellenbeuge, wo sie ziemlich stark abgesetzt, wieder normale Stärke erlangte. Die Nebenäste waren stark erweitert. Die Gefäßwandung sah makroskopisch schwielig verdickt aus, vielleicht infolge der Kompressionsbehandlung. Wegen der Wandveränderung war die durch Raffung geplante Verengung des Lumens nicht möglich, da die Matratzennähte durchschnitten. Infolgedessen Resektion der ganzen A. brachialis. Heilung ohne Störung und ohne Folgen für die Zirkulation.

(Medizinisch-naturwissenschaftliche Gesellschaft in Jena, 18. V. 1916.)

Neumann: **Familiärer Diabetes.** Bericht über zwei Familien mit stark gehäuftem Auftreten von Diabetes mellitus. Bei der ersten litten alle vier Söhne an der Krankheit, wovon zwei ihr schon $2^1/_2$ bzw. 7 Jahre alt erlagen. Eltern und sonstige Familienmitglieder zuckerfrei, dagegen zeigte der Vater bei Traubenzuckerdarreichung eine die Norm weit überschreitende Zuckerausscheidung im Urin, so daß eine Schwäche der Kohlehydratverbrennung, ein latenter Diabetes nach Naunyn angenommen werden muß. Bei der anderen Familie erkrankten von den 11 Kindern und sieben Enkelkindern der gesunden, im Alter von 83 bzw. 76 Jahren gestorbenen Eltern sechs an Diabetes mit vier Todesfällen. Außerdem zeigte dieselbe degenerierte Familie drei tödliche Geisteserkrankungen und vier sonstige Todesfälle in jugendlichem Alter, so daß eine Mortalität von etwa 70% resultiert. (Ärztlicher Verein in Hamburg, 7. III. 1916.)

Siegel: **Weitere Beobachtungen zur Konzeptionsfähigkeit der Frau und Geschlechtsbestimmung des Kindes.** Nach den schon im Juli 1915 veröffentlichten Beobachtungen über die Empfängnisfähigkeit der Frau wird über 220 Fälle eine neue Kohabitationskurve ausgestellt. Die Beobachtungen sind an kurzfristigen Urlauben von Mannschaften gewonnen worden, indem angenommen wurde, daß wir durch kurzfristige Urlaube in der Lage sind, nach Möglichkeit genau umschriebene Kohabitationszeiten zu erhalten. Es wurden nur kohabitationsmögliche Tage berücksichtigt, d. h. alle Urlaubstage des Mannes, die er zu Hause verbrachte, weil angenommen wird, daß bei der langen Trennung von Mann und Frau an jedem Urlaubstage ehelich verkehrt wurde. Die Kohabitationskurve zeigt einen Anstieg der Empfängnisfähigkeit der Frau unmittelbar nach Beendigung der Menses, welche am sechsten Tage post Menstruationsbeginn mit 52% den Höhepunkt erreicht. Die Kurve hält sich bis zum elften und dreizehnten Tage annähernd auf gleicher Höhe und fällt dann bis zum 22. Tage steil ab, um von da ab einer fast absoluten Sterilität Platz zu machen. Es wurden nur Fälle mit regelmäßigem 28tägigen Menstruationszyklus berücksichtigt. Bei Frauen mit kürzerem oder längerem Zyklus würde sich die Kurve entsprechend verkürzen oder verlängern. Für die fakultative Sterilität nach dem 22. Tage post Menstruationsbeginn bis zur nächsten Menstruation, also für das Prämenstruum, wird wahrscheinlich die mechanische Behinderung der Eiwanderung, bedingt durch den Tubenverschluß der prämenstruellen Schwellung, die Ursache sein. Diese Kohabitations- bzw. Konzeptionskurve ist in wissenschaftlicher, sozialer und volkswirtschaftlicher Hinsicht besonders wichtig. — Die Beobachtungen über die Konzeptionsfähigkeit der Frau bekommen eine besondere Bedeutung dadurch, daß wir durch sie vielleicht in der Lage sind, einen Aufschluß über die

Verhältnisse zu gewinnen, wann aus einem Verkehr ein Knabe, wann ein Mädchen entsteht. Auf die Untersuchungen von Thuri, Pflüger und R. Hertwig hin scheint bei den Tieren, insbesondere dem Frosch, die Entstehung der Männchen hauptsächlich an eine Kopulation überreifer Eier mit den weiblichen Samenzellen gebunden zu sein. Junge Eier würden dann Weibchen ergeben. Weil der Follikelsprung ungefähr in die Mitte des Menstrualintervalls fällt, ist eine Dreiteilung des Menstrualintervalls in der Form vorgenommen worden, daß die Kinder aus den Kohabitationen vom 1.—9. Tage, vom 10.—14. Tage und vom 15.—22. Tage nach Menstruationsbeginn in je einer Rubrik gesammelt worden sind. Es ergab sich dabei das Eigenartige, daß in der Rubrik I (Kohabitationen vom 1.—9. Tage nach Menstruationsbeginn) in 86% Knaben, in der Rubrik III (Kohabitationen vom 15.—22. Tage nach dem Menstruationsbeginn) in 86% Mädchen erzeugt wurden. Die Rubrik II (vom 10.—15. Tage) bildet ein Übergangsstadium. Für diese Erscheinung wird nun folgende Erklärung gegeben: Das Mädchen entsteht kurz nach dem Follikelsprung, wobei der Follikelsprung individuell verschieden, ungefähr in die Zeit vom 10.—15. Tage nach Menstruationsbeginn, gestellt wird. In Rubrik III (vom 15.—22. Tage) wird das Spermatozoen ein junges weibliches Ei treffen. Die Kopulation dieses jungen weiblichen Eies ergibt tatsächlich Mädchen. Schwieriger wird die Erklärung bei den Knaben, weil ja hier einerseits nach den Hertwigschen Untersuchungen die Geschlechtsbildung an ein überreif kopuliertes Ei gebunden ist, weil andererseits die Spermatozoen nach Höhne und Behne innerhalb 48 Stunden nach der Kohabitation zugrunde gehen. Wenn nun die Kohabitation am 6. Tage nach Menstruationsbeginn stattgefunden hat, so erleben die Spermatozoen aus dieser Kohabitation den nächsten Follikelsprung nicht mehr. Weil nun aber aus Kohabitationen am 6. Tage nach Menstruationsbeginn nach den Beobachtungen Siegels tatsächlich Kinder entstehen, und zwar Knaben, so muß also das Ei unbedingt die Menstruation überdauern, es darf bei der Menstruation nicht zugrunde gehen und auch nicht abortiert werden. Überdauert das Ei die Menstruation, so ist das Ei nach der Menstruation ein überreifes Ei geworden. Es entsteht aus dem überreif kopulierten Ei ein Knabe. Die Möglichkeit, daß die Menstruation den Abort des unbefruchteten Eies bedeutet, kann um so eher in Zweifel gezogen werden, weil diese Anschauung von Simpson aus der Mitte des letzten Jahrhunderts stammt und die neuesten wissenschaftlichen Untersuchungen (Pflüger, L. Fränkel) eine andere Erklärung der Menstruation mindestens offen lassen. Wenn die Menstruation nicht den Abort des unbefruchteten Eies bedeutet, dann findet die gesteigerte Empfängnisfähigkeit der Frau direkt nach der Menstruation, wie sich aus der Kohabitationskurve ergibt, sofort eine Erklärung, weil hier die Eieinnistungsbedingungen besonders günstig sind. Weil Siegels Theorie über die Empfängnisfähigkeit der Frau und über die kindliche Geschlechtsbildung absolut fundiert ist in dem Moment, wo das Ei die Menstruation überdauern kann, do wird die alte Theorie der Abortierung des unbefruchteten Eies ganz ernstlich in Zweifel gezogen. Da die Frau im allgemeinen nur ungenaue Angaben über den letzten Menstruationsbeginn machen kann, sind die Beobachtungen besonders schwierig. Man sieht das, wenn man aus den Gesamtzahlen der Vorausbestimmung für das kindliche Geschlecht die ehelichen herauszieht. Berücksichtigt man nur diese, so wird für Rubrik I, d. h. vom 1.—9. Tage nach Menstruationsbeginn mit 95% Wahrscheinlichkeit ein Knabe, für Rubrik III, d. h. vom 15.—22. Tage nach Menstruationsbeginn mit einer Wahrscheinlichkeit von ebenfalls 95% ein Mädchen erzielt. Die Freiburger Frauenklinik versucht deshalb durch besonders konstruierte Menstruationskalender die Frau auch für den Frieden zur Beobachtung ihrer Menstruation zu erziehen. — Bei der Bedeutung, die diese Beobachtung für unseren Staat und für die Regeneration des männlichen Geschlechtes nach dem Kriege hat, wäre eine allgemeine Organisation in dem Sinne zweckmäßig, daß der Staat Zentralen gründete, nach denen die kurzfristigen Urlaube der Mannschaften zu melden sind. Die Aufgaben dieser Zentralen müßten dann entsprechende Nachforschungen sein. Ein Versuch, diesen Weg einzuschlagen, scheiterte leider. Wenn nun tatsächlich aus den Kohabitationen vom 1.—9. Tage nach Menstruationsbeginn vorwiegend Knaben, aus Kohabitationen vom 15.—22. Tage nach Menstruationsbeginn vorwiegend Mädchen entstehen würden, dann können Knaben- und Mädchengeburten geregelt werden, sofern nur irgendwie der Wille zur Regelung besteht. Der Wille zur Regelung wäre auch leicht durchzuführen, indem entweder zu den Zeiten

des gewünschten Geschlechtes verkehrt wird, zu Zeiten des nichtgewünschten Geschlechtes nicht verkehrt wird, oder, wenn letzteres wegen sexueller Potenz nicht möglich ist, zu diesen nicht gewünschten Zeiten ein nach Möglichkeit sicheres Präventivmittel angewandt wird. (Freiburger med. Gesellschaft, 30. V. 1916.)

III. Therapeutische Notizen.[1])

Die Herstellung von Kunsthonig mit Zitronensaft als Inversionsmittel. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. phil. et med. Theodor Paul. Kunsthonig ist sehr geeignet, das mangelnde Fett der täglichen Kost zu ersetzen. Er ist aber im Handel viel zu teuer, Herstellung im Hause ist wünschenswert und leicht zu bewerkstelligen. Verf. gibt folgende Vorschrift zur Bereitung von Kunsthonig im Haushalt: „Man übergieße 2 Pfund Zucker in einem irdenen oder emaillierten Topf mit $^1/_4$ Liter Wasser und füge den aufgekochten und durch ein kleines engmaschiges Sieb (Haarsieb) gegossenen Saft (etwa 60 g) einer großen Zitrone hinzu. Dann erhitzt man unter ständigem Umrühren mit einem Holzlöffel bei gelindem Feuer langsam bis zum Kochen, erhält unter fortgesetztem Rühren 10 Minuten lang in ganz schwachem Sieden und schäumt, wenn notwendig, ab. Bei starkem und längerem Kochen bekommt der Kunsthonig einen sogenannten „Bonbongeschmack“. Um ihm einen angenehmen, dem Honig ähnlichen Geruch und Geschmack zu erteilen, fügt man der halb erkalteten Masse unter gutem Umrühren je nach Bedürfnis eine kleine Menge Honigaroma hinzu, welches in den Apotheken und Drogengeschäften zu kaufen ist. Das Färben geschieht mit Hilfe von sogenanntem Karamelzucker, der in der Weise bereitet wird, daß man etwas von der Masse in einem Kaffeelöffel über offenem Herd erhitzt, bis sie eine tief dunkelbraune Farbe angenommen hat, und den gebildeten Farbstoff in einem Eßlöffel Wasser auflöst. Je nachdem man mehr oder weniger von dieser Auflösung dem Kunsthonig hinzufügt, kann man diesem eine hellgelbe bis dunkelgelbe Farbe verleihen.“ — In dem nach dieser Vorschrift hergestellten Kunsthonig ist der Rübenzucker zu ungefähr 60% in Invertzucker übergeführt, während mit den Kunsthonigpulvern des Handels im allgemeinen nur ein Inversionsgrad von etwa 25% erzielt wird. Da 1 Pfund Zucker im Kleinhandel jetzt 30 Pf. kostet, so stellt sich 1 Pfund dieses Kunsthonigs auf 26 Pf., wozu noch die Ausgabe für das Honigaroma kommt. Der Kunsthonig stellt einen wohlschmeckenden und ausgiebigen Brotaufstrich dar, so daß es auch bei der augenblicklich bestehenden Zuckerknappheit besonders in kinderreichen Familien sehr vorteilhaft ist, von der zugewiesenen Zuckermenge einen Teil zur Herstellung von Kunsthonig zu verwenden. Die Fabriken von ätherischen Ölen bringen jetzt ein sehr brauchbares Honigaroma (Honigparfüm) zum Preise von 30—40 Mk. für 1 kg in den Handel, von welchem ungefähr 0,4—0,5 g genügen, um die nach obiger Vorschrift aus 2 Pfund Zucker bereitete Kunsthonigmenge zu aromatisieren. Für den Gebrauch im Haushalt ist es zweckmäßig, dieses Honigaroma mit Weingeist zu verdünnen (1 g Honigaroma + 19 g Weingeist). Mit 1 Kaffeelöffel (= etwa 5 ccm) dieser Lösung kann der aus 1 Pfund Zucker bereitete Kunsthonig aromatisiert werden. (M. m. W. 1916 Nr. 24.)

Vorsicht beim Morchelgenuß! Von Prof. Dr. Umber in Charlottenburg. Verf. hatte kürzlich auf einer seiner Krankenabteilungen in Westend Gelegenheit, 3 Fälle von Morchelvergiftung kurz hintereinander zu beobachten. Es sind die ersten der Art, die ihm unter einer außerordentlich großen Zahl von beobachteten Vergiftungen aller Art zur Kenntnis kommen, und er will daher weitere Kreise auf das Krankheitsbild und seine Verhütung hinweisen. Diese Erfahrungen sind sehr lehrreich. Sie zeigen, daß die frischen Morcheln als Gericht — auch wenn giftige Lorcheln sich darunter befinden — unschädlich sind, sofern das Kochwasser davon nicht mitgenossen wird. Die 3 Fälle beweisen das mit der Schärfe des Experiments. Das Kochwasser indessen enthält die Giftstoffe und kann zu schweren Vergiftungen führen. 7—10 Stunden nach der giftigen Mahlzeit beginnen die Krankheitserscheinungen: Schlechtbefinden, gehäuftes Erbrechen, Magenschmerzen, nach 24—48 Stunden Ikterus, Leber-

---

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



schwellung, Milzschwellung und in schweren Fällen schwere Bewußtseinstrübung — in Verf.s erstem Fall mit furibunden Delirien —, die dann, wenn sie einen erschöpften Organismus treffen oder ein nicht intaktes Herzgefäßsystem, auch den Tod herbeiführen können. Es ist daraus die ernste Warnung abzuleiten, das Dekokt frischer Morcheln wegzugießen und nicht mitzugenießen oder gar nachträglich zu Suppen, Saucen usw. zu verwenden, wie das in Haushaltungen erfahrungsgemäß oft geschieht. Denn wenn das Morchelgericht giftige, schwer erkennbare Lorcheln enthält, ist eine Giftschädigung durch das Kochwasser sehr riskant. Bei getrockneten Morcheln ist die Gefahr der Lorchelvergiftung nicht in diesem Maße vorhanden, denn beim Trocknen der Pilze geht das Gift verloren. Daß die volkstümlichen Erkennungsmittel der Pilzgiftigkeit, Schwarzwerden eines silbernen Löffels, Blauanlaufen der durchschnittenen Pilze, trügerisch sind, beweist der zweite Fall, in dem diese „Vorsichtsmaßregeln" durchgeführt worden waren. (D. m. W. 1916 Nr. 21.)

* **Die vaginale Trockenbehandlung mit Bolus-Biozyme.** Von Dr. Fritz Berg. (Aus der Frauenabteilung des Städt. Krankenhauses in Berlin-Lichtenberg.) Verf. hat sehr gute Resultate erzielt. Das Präparat (Vial & Uhlmann, Frankfurt a. M.) besteht aus 2% Bolus und Biozyme, einer abgepreßten Kulturhefe, die ihrem Gehalt an Zymase und ihrer Gärkraft nach der frischen Hefe vollkommen gleichwertig ist. Es muß allerdings in alle Buchten und Falten der Scheide gelangen und deren Schleimhaut direkt aufliegen, weshalb vorher alles Sekret sorgfältig entfernt werden muß. Es kommen auch Bolus-Biozyme-Vaginalkugeln in den Handel, die von den Patientinnen selbst eingelegt werden können. (D. m. W. 1916 Nr. 14.)

* **Behandlung der klimakterischen Blutungen mit Röntgenstrahlen.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Franz (Aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin.) In den weitaus meisten Fällen haben wir in der Röntgenbehandlung ein sicheres und gefahrloses Mittel. Seit 5 Jahren wendet Verf. die Bestrahlungsbehandlung bei allen klimakterischen Blutungen an, und er kann sagen, daß er kaum einen Mißerfolg gehabt hat. Die Technik der Bestrahlung hat im Laufe der Jahre gewechselt. Jetzt wird sie mit möglichst harter Strahlung serienweise ausgeführt. Verf. benutzt in neuerer Zeit die Müllerschen Siederöhren, gibt der Haut an drei aufeinanderfolgenden Tagen auf 9 Feldern etwa 300 x und 3 mm Aluminium mit 23 cm Fokushautabstand und wiederholt die Serie in 14 Tagen. Durchschnittlich ist nach 4 Serien die Amenorrhoe erreicht. Das muß das Ziel sein. Es ist nicht möglich, mit Sicherheit so zu dosieren, daß die Blutungen etwa um die Hälfte vermindert werden oder daß eine Regelmäßigkeit zu erreichen wäre. (Ther. d. Gegenw. 1916 Nr. 3.)

* **Über Behandlung des Juckens bei Lichen** schreibt P. G. Unna (Hamburg): „Die große Verschiedenheit dieser Bedingungen erklärt dann auch sowohl die anscheinende Regellosigkeit des Juckens beim Lichen wie auch die Tatsache, daß die tiefen Kratzeffekte beim Lichen eine weit geringere Verbreitung besitzen als beim kallösen Ekzem und ein gewisser Kontrast besteht zwischen Ausbreitung und Dauer dieses Hautleidens und der subjektiven Empfindungen einerseits und den geringen Kratzspuren andererseits, ein Kontrast, der unter Umständen für die Differentialdiagnose zwischen Lichen und pruriginösem (kallösem) Ekzem von Bedeutung werden kann. Es kommt hierbei in Betracht, daß dort, wo die heftigsten Juckanfälle einsetzen, z. B. an den Unterschenkeln und Vorderarmen, das Kratzen wegen der viel härteren Hornschicht ziemlich wirkungslos abgleitet, daher bald aufgegeben und nicht konsequent bis zum Bluten fortgesetzt wird. Bei dieser Sachlage ist es ein Glück, daß das Jucken beim Lichen fast immer kausal behandelt werden kann, da der unbekannte Erreger mit großen Arsendosen und der Karbol-Sublimat-Schmierkur wirksam bekämpft wird, welche beide das primäre Jucken sicher und, wenn auch nicht rasch, so doch im Laufe weniger Wochen völlig beseitigen. Man muß freilich mit den zweckmäßigerweise keratinierten Pillen auf 10 Stück und mehr pro Tag steigen.

Acid. arsenicosi 0,5
Carbonis pulv. 3,0
Sapo med. pulv. 0,5
Seb. pilul. 6,0
f. pil. No. 100
obd. len. ard. Keratin.

Die genannte Schmierkur wird mit folgender Salbe ausgeführt, bei der das Ung. Zinci zum Schutze der Haut gegen Sublimat und Karbol notwendig ist.

Ung. Zinci	ad 500,0
Acidi carbolici	5,0
Sublimati	2,0
M. S. Lichensalbe.	

Die Salbe wird täglich 2mal am ganzen Körper eingerieben und bewährt sich hauptsächlich bei den universellen, zu schweren Nervensymptomen führenden Fällen durch sofortige Beruhigung des Nervensystems. Gegen das intensive lokale Jucken (Spannungsjucken) sind sehr heiße Abschreckungen zur Beseitigung der Blutwallungen sowie ein Erweichen der Hornschicht durch öfteres Einschäumen mit einer Natronsuperoxydseife zu empfehlen. Auch Betupfen der einzelnen Papeln mit einer Mischung von Milchsäure und Karbolsäure zu gleichen Teilen und darauffolgendes Einfetten mit Ung. Hebra oder obiger Lichensalbe hilft in vielen Fällen. Sehr wirksam ist auch die abschälende Bepinselung der einzelnen Knötchen mit Schälkollodium:

Acidi salicylici	
Anaesthesini	aa 10
Collodii	80
M. Pinsel im Kork	

vor der unmittelbar darauffolgenden Einreibung der Lichensalbe."

(B. kl. W. 1916 Nr. 20.)

Moronal. Darüber schreibt Dr. Otto Harzbecker (Berlin): „Das Problem des Ersatzes des Liq. Alum. acet., der die Vorzüge des allgemein verwendeten Präparates besitzt, ohne dessen störende Nebeneigenschaften, ist bereits vielfach angeschnitten, ohne bisher in einwandfreier Weise gelöst zu sein. Von der Chemischen Fabrik von Heyden A.-G., Dresden-Radebeul, wurde dem Verf. vor längerer Zeit ein Präparat überreicht, mit der Bitte, festzustellen, ob dieses, Moronal genannt, den zu stellenden Ansprüchen genüge. Moronal ist ein basisch formaldehydschwefligsaures Aluminium. Die von Verf. benutzten 2%igen Lösungen in dest. Wasser blieben klar und ohne jedes Sediment. Da das Präparat in Tabletten zu 0,5 und 2 g abgeteilt war, so ist die Dosierung ebenso einfach wie bequem. Auf Verf.s Anregung hin werden jetzt auch größere Originalpackungen angefertigt, um größere Mengen schnell und ohne besondere Wägung bereiten zu können. Die therapeutische Wirkung ähnelt derjenigen des Liqu. Alum. acet., hat jedoch den Vorzug, die Haut in keiner Weise zu mazerieren, wie bisher alle essigsauren Tonerdepräparate. Auch bei der Verwendung in Salben- wie in Puderform hatte Verf. durchweg zufriedenstellende Resultate. Besonders angenehm erschien ihm die wäßrige 2%ige Lösung zum Gurgeln als Therapie bei Anginen. Der Geschmack ist angenehm, die Wirkung überraschend kupierend. Alles in allem genommen, glaubt Verf., daß das Problem eines wirklich brauchbaren und zweckmäßig zu verwendenden Ersatzes des Liqu. Alum. acet. mehr oder minder durch dieses Präparat gelöst sein dürfte."

(Allg. m. Ztg. 1916 Nr. 50.)

Über Behandlung der Vulvovaginitis infantum läßt sich Priv.-Doz. Dr. V. Mucha (Wien) aus. Verf.'s therapeutische Maßnahmen bestehen gewöhnlich in täglichen Spülungen der Vagina mit desinfizierenden Lösungen ($^1/_4$—$^1/_2$% Protargol oder 1 : 1000 $AgNO_3$ oder 1—3 : 1000 Hegonon). Sie werden in der Weise durchgeführt, daß ein die Hymenalöffnung eben passierender Nelatonkatheter in die Vagina eingeführt und hierauf eine vorsichtige Spülung mit einer Handspritze angeschlossen wird. In Fällen mit weiterer Hymenalöffnung oder bei bereits zerstörtem Hymen werden Pinselungen der Vagina mit $^1/_2$—2% Lapislösung mit Hilfe eines watteumwickelten Holzes oder Metallstäbchens vorgenommen. Etwa vorhandene Urethritiden wurden mit Injektionen mit Hilfe eines Guyonschen Katheters oder bei größeren Kindern mittels Pinselungen behandelt, ebenso wurden bei etwa vorhandener Rektalerkrankung örtliche Spülungen vorgenommen. Versuche, die Behandlungsdauer der Erkrankung durch Vakzinebehandlung abzukürzen, führten zu keinen befriedigenden Ergebnissen. Die Dauer der Behandlung erstreckte sich in allen Fällen auf mehrere Monate (4—9), und sind selbst dann noch Rezidive vorgekommen. Was die Behandlung der nicht gonorrhoischen Vulvovaginitis anlangt, so pflegt Verf. nur in jenen Fällen, in denen ausgesprochene eitrige Sekretion nachweisbar ist, eine lokale Behandlung mit desinfizierenden

Spülungen in der gleichen Weise wie bei der gonorrhoischen Erkrankung vorzunehmen. In allen Fällen mit schleimig-eitriger oder schleimiger Sekretion findet man mit der Verordnung häufiger Sitzbäder sowie roborierender interner oder Arsenbehandlung das Auslangen. Die Prognose in allen diesen Fällen ist absolut günstig, die Behandlungsdauer meist wesentlich kürzer als bei der gonorrhoischen Erkrankung, Rezidive sind auch bei diesen Fällen keine Seltenheit, was von vornherein verständlich ist, da ja die Erkrankung in den meisten Fällen vom Allgemeinzustande der Kinder abhängig ist. (W. m. W. 1916 Nr. 28.)

Über die adstringierenden Wirkungen der ameisensauren Tonerde und speziell des Ormizets. Von Prof. Dr. A. Loewy in Berlin. Verf. empfiehlt als Adstringens Ormizet, eine Lösung von ameisensaurer Tonerde mit der etwa doppelt molekularen Menge Alkalisulfates, die weit mehr ausgesprochene adstringierende Wirkung besitzt als die essigsaure Tonerde und letztere auch sonst in ihren Eigenschaften übertrifft. Bei Unterschenkelgeschwüren war schon bei ganz schwachen Lösungen von 0,3—1,5% (1 Eßlöffel der 5%igen Ormizetlösung auf 1 Tassenkopf bis ½ Liter Wasser) eine deutliche Einwirkung zu erkennen. Die Ulcera waren hand- bis doppelhandgroß, zum Teil jauchend, und waren zuvor mit allerlei Mitteln, auch mit essigsaurer Tonerde, erfolglos behandelt worden. Unter 12 Fällen trat 9mal in 8—10 Tagen der Erfolg ein, obwohl es sich um Kranke der niedrigsten Stände handelte. Auch bei Scheidenkatarrhen war die Wirkung recht zufriedenstellend. (D. m. W. 1916 Nr. 49.)

* **Siebzehn weitere mit Lecutyl behandelte Fälle von Lupus.** Von A. Strauß. 2—3mal wöchentlich Verband mit Lecutylsalbe. Befriedigende Ergebnisse, aber auch Versager. Bei Behandlung der oberen Luftwege verstäubt Verf.: Ung. Lecutyl 20,0, Tinct. foenic. 6,0, Saccharin 0,1, Paraffin. liq. ad 100,0.

IV. Neue Bücher.

Magnus Hirschfeld. **Sexualpathologie.** I. Teil. Bonn 1917, A. Marcus & E. Webers Verlag. Preis: M. 8.40, geb. M. 10.—.

Dieser erste Teil des Werkes enthält sechs, von einer Anzahl instruktiver Bildtafeln begleitete Kapitel: Geschlechtsdrüsenausfall, Infantilismus, Frühreife, Sexualkrisen, Onanie, Automonsexualismus. Nur ungern legt man das Buch, wenn man es zu lesen begonnen, aus der Hand, so interessant und lehrreich ist es durchweg. Kein Wunder, wenn man bedenkt, wie langjährige Erfahrungen auf diesem Gebiete dem Verfasser zu Gebote stehen und wie er es versteht, diese Erfahrungen seinen Lesern zu übermitteln. Die zahlreichen Krankengeschichten, die er bringt, lassen diesen keinen Augenblick ermüden. Wir erwarten mit Ungeduld die weiteren Teile dieses sehr empfehlenswerten Werkes. Grätzer.

Neue Dissertationen
(aus deutschen Universitäten).

Buck, E., Größenmessungen an oberhessischen Schulkindern, zugleich ein Beitrag zur Frage des menschlichen Wachstums (Gießen). — Engel, A., Die Eigenart der akuten Psychosen im Kindesalter (Halle). — Enneker, G., Nierenerkrankungen während der Schwangerschaft und ihre Bedeutung für Mutter und Kind (Tübingen). — Ewald, L., Studien über Albuminurie der Neugeborenen (Gießen). — Friedberger, J., Der Einfluß der Geburtenfolge auf die Sterblichkeit der Kinder (Heidelberg). — Fuhge, G., Fall angeborener Hauterkrankung, sog. Ichthyosis sebacea (Heidelberg). — Goerner, R., Körpermessungen an samländischen schul- und vorschulpflichtigen Kindern, ein Beitrag zur Konstitutionsstatistik (Königsberg). — Hinneberg, O. K. W., Zur Kenntnis der angeborenen Hornhauttrübungen (Rostock). — Hoferer, E., Angeborene Speiseröhrenverengerung, kombiniert mit angeborenem umschriebenen Fettgewebsmangel (München). — Hofmann, F., Behandlungsmethoden der Asphyxie des Neugeborenen (Würzburg). — Morgenstern, H., Günstige Beeinflussung schwerer postdiphtherischer Schluck- und Atemlähmungen durch Hypophysenpräparate (Straßburg). — Pett-

ker, W., Zur forensischen Beurteilung der Brandstiftung bei jugendlichen Imbezillen (Kiel). — v. Redwitz, Kongenitale Darmatresien und Stenosen (München). — Rischke, M., Über Variation der Körperlänge im Säuglingsalter (München). — Schlake, F., Körpermessungen von Landkindern an der Südküste des Kurischen Haffes (Königsberg). — Sebald, G. A., Vier Fälle von progressiver Paralyse beim Kinde (München). — Stockleb, R., Beziehungen zwischen Neurofibromatose und kongenitaler Elephantiasis (Jena). — Süßmayr, H., Über einen Hydrozephalus mit besonders schwerer Mißbildung der oberen Extremitäten. (München). (Beitr. z. Klin. d. Tbc. Bd. 34 H. 1—3.)

V. Monats-Chronik.

Nach der neuesten Statistik des Kaiserlichen Gesundheitsamtes weist die Säuglingssterblichkeit in Deutschland fortdauernd günstige Ziffern auf. Auf je 100 Lebendgeborene kamen Sterbefälle im ersten Lebensjahre vor in deutschen Orten mit 15000 und mehr Einwohnern im Jahre 1913: 14,2, 1914: 15,5, 1915: 14,4 und 1916: 13,3. Für die 26 deutschen Großstädte mit 200000 Einwohnern und mehr stellen sich die Zahlen noch günstiger. Auf je 100 Lebendgeborene starben dort 1914: 15,3, 1915: 13,9 und 1916 nur 13,0 Kinder im ersten Lebensjahre.

Infolge einer in den Ärztl. Mitt. veröffentlichten Anregung haben sich mehrere Kollegen auf dem Lande (in Pommern, Harz, Lippe) bereit erklärt, erholungsbedürftige Kinder großstädtischer Ärzte, denen die Verhältnisse nicht gestatten, ihre Kinder auf eigene Kosten zur Erholung aufs Land zu senden, während der Sommermonate unentgeltlich aufzunehmen. Zur Förderung dieses dankenswerten kollegialen Liebeswerkes erklärt sich das Generalsekretariat des L.W.V. bereit.

Berlin. Die neun Säuglingsfürsorgestellen des Berliner Magistrats, die sich bisher nur um die Gesundheitspflege der im ersten Lebensjahr stehenden Kinder bemühten, haben ihren Wirkungskreis seit Anfang April auf die Kinder in den ersten bis sechsten Lebensjahren ausgedehnt. Es wird in allen Säuglingsfürsorgestellen an jedem Freitag für Kinder dieser Altersstufe eine besondere Sprechstunde abgehalten.

Charlottenburg. Die Einrichtung besonderer Schulschwesterstellen hat sich nicht bewährt. Es hat sich herausgestellt, daß es wichtiger ist, in der sozialen Fürsorge vorgebildete Schulhelferinnen anzustellen, und nicht nur in der Krankenpflege erfahrene Schwestern. Die Stadtverordneten haben deshalb beschlossen, die Einrichtung der Schulschwestern aufzuheben und nur noch Helferinnen in den verschiedenen sozialen Einrichtungen der Stadt für Schulkinder zu beschäftigen.

München. Der Preis der Otto-Heubner-Stiftung für die beste pädiatrische Arbeit der verflossenen vier Jahre ist Prof. Pfaundler zuerkannt worden für seine Arbeit: „Körpermaßstudien an Kindern“.

Karlsruhe. Rückgang der Geburten. Die allgemeine Geburtsziffer hat in Baden 1914 die niedrigste seit 1815 beobachtete Geburtenzahl erreicht. Nach den Angaben der Standesämter wurden im Jahre 1914 insgesamt 59697 Geborene gemeldet; davon waren 58092 lebend, 1605 tot und 5422 unehelich geboren. Im Jahre 1913 waren zur Welt gekommen 59752 Kinder, darunter 58267 lebend, 1485 tot und 5129 unehelich Geborene. Immerhin ist die Abnahme der Geburten im Jahre 1914 wesentlich geringer gewesen als in den Jahren 1912 und 1913. Die Totgeborenen haben gegenüber dem Jahre 1913 um 120, die unehelich Geborenen um 293 zugenommen. Unter den Neugeborenen des Jahres 1914 waren 1432 Zwillinge und 21 Drillinge.

Wien. Dr. Erw. Lazar hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Graz. Titularprofessor Dr. Tobeitz wurde zum a. o. Professor ernannt.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. Juli 1917. Nr. 7.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Max Guttmann, Einige Beispiele individueller körperlicher Entwicklung. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 248.) Untersuchungen eines Gymnasialprofessors, die namentlich praktische Ärzte zur Nachahmung anregen könnten. Es sind Messungen der körperlichen Entwicklung, die sich von anderen durch den Grad ihrer Genauigkeit unterscheiden. Erstens sind die Individuen stets am Geburtstag gemessen, und zweitens sind dieselben Individuen durch eine Reihe von Jahren, viele durch 28 Jahre hindurch, beobachtet worden. Verf. führt 11 interessante Beispiele an. Die gleichartigen Linien z. B. dreier Brüder kreuzen sich oft, überholen sich, treffen sich dann wieder, bis sie nach dem 20. Lebensjahre eine vorläufige Beständigkeit annehmen. Der Jüngste dieser Familie zeigt das stärkste Wachstum und das größte Gewicht bis zum 16. Lebensjahr, bei einem zweiten Falle ist der mittlere Sohn am größten, das Gewicht aber am geringsten. Im allgemeinen hat der Mensch am Ende des 2. Lebensjahres die Hälfte seiner ganzen Größe erreicht. Wenn keine Krankheiten die Entwicklung stören, wird auch tatsächlich das Doppelte erreicht. Schick.

Ernst Mayerhofer, Die Vakzination mit abgeschwächter Kuhpockenlymphe. (Wilhelminenspital Wien.) (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 361.) Bei freier Belichtung der Vakzine durch die Quarzquecksilberlampe wird die Lymphe vollständig abgetötet. Durch Anwendung verschiedener Lichtfilter konnte die Abschwächung so gestaltet werden, daß die Lymphe nur sehr milde und modifiziert verlaufende Impfreaktionen hervorbringt. Der Impfschutz ist trotzdem verläßlich. Als stark wirksames Lichtfilter bewährte sich das gewöhnliche Glas der Impfröhrchen, gelbe Lösungen, wie eine gesättigte Kaliumbichromatlösung, oder blaue Lösungen (Kupfersulfatlösung). Die Technik der Belichtung ist einfach. Die gewöhnlichen gläsernen Impfröhrchen werden durch 8—10 Minuten unter Umwenden bestrahlt, oder man füllt Impfstoff in eine Quarzeprouvette und legt dieselbe verstöpselt und versiegelt in eine bei Zimmertemperatur gesättigte, wässerige, filtrierte Lösung von Kaliumbichromat: Höhe der Flüssigkeitsschicht ca. 2—3 cm; Dauer der Belichtung 40 Minuten. Verf. denkt daran, diesen Impfstoff dann zu verwenden, wenn man kranke, schwache oder rekonvaleszente Kinder eines Spitals wegen Blatterngefahr impfen muß. Schick.

B. Schick, Zur Frage der physiologischen Körpergewichtsabnahme des Neugeborenen. (Kinderklinik u. Frauenklinik Schauta Wien.) (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 257.) Es wurde versucht, durch forcierte Zufuhr von Frauenmilch in dosierten Mengen, die dem Körpergewicht des betreffenden Neugeborenen entsprechend berechnet wurden, die Körpergewichtsabnahme zu unterdrücken. In den ersten 2—3 Lebenstagen erhielten die Kinder 10%, in den folgenden bis 15% des Körpergewichtes zugeführt. In 9 Fällen gelang die Unterdrückung des Körpergewichtes vollkommen. Die physiologische Körpergewichtsabnahme ist daher Folge der geringen Nahrungszufuhr der ersten Tage. Es besteht eine Lücke zwischen intra- und extrauteriner Ernährung, die sich künstlich ausfüllen läßt. Diese Lücke ist nicht nur durch die zögernde und ungenügende Brustdrüsensekretion bedingt, sondern auch durch die Ungeschicklichkeit und Hilflosigkeit des neugeborenen Kindes. Das Bestreben nach Vermeidung jeglicher Körpergewichtsabnahme ist überflüssig. Schick.

M. Pfaundler, Vorfensterlager zur Freiluftbehandlung von Säuglingen. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 282.) Es besteht aus einem mit wenig Handgriffen festzumachenden Holzrost, auf dem die Säuglinge in Weidenkörben liegend an die Luft gebracht werden können. Die Gesamteinrichtung (6 Holzroste, 12 Körbe für Säuglinge, Schutzdach usw. für 12 Säuglinge) kostete 194 Mark. Schick.

A. v. Reuss, Beobachtungen über das Schicksal der Kinder eklamptischer Mütter. (Kinderklinik, Frauenklinik Schauta, dritte geburtshilfliche Klinik Wien.) Die Zahl der während oder kurz nach der Geburt eklamptischer Mütter absterbenden Kinder beträgt 30—40%. Die Nachuntersuchung überlebender 46 Kinder ergab, daß das weitere Gedeihen des Kindes durch die mütterliche Erkrankung in der Regel nicht mehr zu befürchten ist, wenn das Kind die ersten Tage überlebt hat.

Eine toxische Schädigung des Kindes durch die Muttermilch ist höchst unwahrscheinlich. Wenn es nicht die Schwere der mütterlichen Erkrankung verbietet, so ist der natürlichen Ernährung an der Mutterbrust vor der künstlichen unbedingt der Vorzug zu geben. Schick.

F. Weihe, Über kongenitale Zwerchfellhernie und ihre Darstellung im Röntgenbild. (Kinderklinik Frankfurt a/Main.) (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 299.) $2^1/_2$ Monate alter Säugling. Klinisch bestanden schwere asphyktische Anfälle auch in der Zwischenzeit, meistens starke Dyspnoe. Die Perkussion ergibt Verlagerung des Herzens nach rechts. Vorne links auffallend heller und tympanitisch klingender Lungenschall. Rückwärts links absolute Dämpfung und Fehlen jeden Atemgeräusches. Diese Dämpfungsverhältnisse rückwärts wechseln, z. B. tritt aus links hinten unten tympanitischer Schall auf. Röntgenologisch konnten dann bei Bariumfütterung Darmschlingen im linken Thoraxraum nachgewiesen werden. Der Fall kam zur Obduktion, wobei sich auch eine Hypoplasie der linken Lunge zeigte. Schick.

Karl Kisskalt, Die Körperkonstitution der ostpreußischen Stadt- und Landschulkinder. Ein Beitrag zur sozialen Anthropologie. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Königsberg.) (D. m. W. 1916. Nr. 25.) Die Blässe und Schwächlichkeit der Großstadtjugend ist schon längst sprichwörtlich geworden. Wer aber genauer darauf achtet und nicht das besonders Auffallende für typisch nimmt, wird leicht Unterschiede bemerken. Stellt man sich vor ein Gymnasium und betrachtet die herauskommenden Schüler, so sieht man zwar relativ zahlreiche bebrillte Augen, aber das Aussehen ist durchschnittlich wesentlich gesünder, kräftiger als das der Volksschüler in ärmeren Stadtteilen, bei denen eingefallene Wangen, Blutarmut, Rachitis fast die Regel sind.

Aufgabe der Wissenschaft ist es, diese Unterschiede ziffermäßig auszudrücken. Bei allen Versuchen, vorhandene ungünstige Zustände zu verbessern, wird man mehr erreichen, wenn man vergleichende Zahlen vorbringen kann. Entsprechend der Erwartung haben denn Messungen in zahlreichen Städten ergeben, daß in Schulen, die von Kindern bemittelter Stände besucht werden, Körperlänge und Gewicht wesentlich größer waren als in Volksschulen.

Dies stimmt auch mit den experimentellen Untersuchungen von Aron überein, der fand, daß, wenn junge Hunde unterernährt waren, zwar anfangs die Länge auf Kosten der chemischen Beschaffenheit der Organe zunimmt; wird aber der Versuch lange fortgeführt, so bleiben die Tiere dauernd klein, selbst wenn sie später genügend Futter erhalten.

Verf. hat nun auch in Königsberg Untersuchungen dieser Art vornehmen lassen. Sie geschahen in einem Gymnasium an 289 Schülern, in der Sackheimer Volksschule an 571 Schülern.

Es zeigte sich hier wieder, was durch die erwähnten Messungen in anderen Städten gefunden worden ist, daß die aus bemittelten Familien stammenden Gymnasiasten im gleichen Alter größer und schwerer sind als die Volksschüler.

Gegen alle die Messungen ist aber ein gewichtiger Einwand zu machen. Die Bevölkerung Deutschlands ist nicht einheitlicher Abstammung. Es könnte wohl sein, daß die Bemittelten einer anderen Rasse angehören als die Unbemittelten; daß es sich bei den besonders exakt ausgeführten Messungen von Geissler und Uhlitzsch in Freiberg i. S. bei den ersteren um Kinder germanischer, bei den letzteren wendischer Abstammung handelt und daß die gleichen Verhältnisse bei den Untersuchungen von Hasse in Gohlis und von Rietz in Berlin vorlagen. Für Königsberg gilt das Gleiche; man darf annehmen, daß ein großer Teil der Landbevölkerung in der Umgebung preußisch-litauischer Abstammung ist; in der Stadt sind sicher viel mehr eingewanderte Germanen vorhanden. Ob sie bei der starken Zuwanderung vom Lande her in allen Klassen der Bevölkerung noch überwiegen, läßt sich von vornherein nicht sagen. Zu diesen beiden Elementen kommen in der Stadt noch wenige Slawen (Polen) und andere Zuwanderer, wie in jeder Hafenstadt.

Verf. hat nun versucht, den obigen Einwand zu berücksichtigen dadurch, daß er auch Messungen der Landbevölkerung machen ließ.

Es wurden gemessen 168 Kinder in Quednau, kaum 2 km nördlich von Königsberg, 285 Kinder in Pobethen, in der Mitte des Samlandes gelegen, und 178 bzw. 337 Kinder in Schaaksvitte an der Südküste des Kurischen Haffs. Die Bevölkerung ist fast durchweg preußisch-litauischer Herkunft, nur die von Schaaksvitte hat etwas lettischen (kurischen) Einschlag. Pobethen liegt in einer fruchtbaren Gegend. Schaaksvitte ist ein Fischerdorf, doch wird viel Landbau getrieben. Die Männer in Quednau arbeiten schon teilweise in der Stadt, doch ist die Haushaltung ganz ländlich. Die Kinder aller dieser Orte sind von blühender Gesundheit, so daß jeder Mensch und Arzt seine Freude daran haben kann.

Es zeigte sich, daß die gut ernährten Landkinder nicht etwa die gleichen Maße aufweisen wie die Stadtkinder aus wohlhabenden Kreisen, sondern durchweg geringere Größe und Gewicht haben.

Man könnte annehmen, daß es sich bei letzteren um eine Domestikationserscheinung handelt, denn vielfach wird angenommen, daß die Stadtbevölkerung mehr Neigung hat, in die Länge zu wachsen, als die Landbevölkerung, aus Gründen, die uns eben unbekannt sind, wie die der Bildung des Yankeetypus in Amerika und Australien. Viel wahrscheinlicher ist es aber, auch aus historischen Gründen, daß das eingewanderte germanische Element größer ist als das litauische. Dies findet sich auch bei den Militärmessungen. Nach Ewert stehen die Ostpreußen zwar über dem Durchschnitt, stehen aber an Größe hinter den Oldenburgern, Schleswig-Holsteinern, Mecklenburgern, Westfalen, Hannoveranern, Pommern, Rheinländern zurück. Nach Schwiening ist sogar die Zahl der sehr großen (über 170 cm) Ostpreußen unter dem Durchschnitt Deutschlands, anderseits aber auch die Zahl der wegen Mindestmaß (unter 154 cm) Untauglichen. Daß bei ersterer Tatsache die geringere Körpergröße der Masuren eine sehr wesentliche Rolle spielt, scheint K. nicht richtig, da auch bei diesen die Zahl der wegen Mindermaßes Untauglichen unter dem Durchschnitt ist. Im Dienst spielen allerdings diese Verhältnisse keine wichtige Rolle; auch in letzter Zeit konnte man beobachten, daß die Rekruten aus Ostpreußen die Strapazen besser ertragen als die gleichzeitig hier ausgebildeten größeren Schleswig-Holsteiner.

Dabei handelt es sich überwiegend um Leute vom Lande und aus kleinen Städten. Königsberg mit (1910) 245994 Einwohnern macht nur 11,88% der Gesamtbevölkerung Ostpreußens (2064175) aus; die folgenden 8 Städte mit über 10000 (39000 bis 13000) Einwohnern nur 8,8%, die sämtlichen Gemeinden mit über 2000 Einwohnern 32,9%.

Man kann also wohl annehmen, daß zwischen den Gymnasiasten und den Landkindern einfach Rassenunterschiede maßgebend sind.

Wie ist es nun mit den Stadtschulkindern? Vergleicht man die Zahlen, so findet man, daß Länge und Gewicht ziemlich genau mit denen der Landschulkindern zusammenfallen. Soll das nun heißen, daß zwischen der vielfach unterernährten, blutarmen Bevölkerung der äußeren Stadtteile und der kräftigen Landjugend sich kein Unterschied ziffermäßig nachweisen läßt? So könnte es scheinen, wenn man nur die Zahlen von Länge und Gewicht ermittelt hat; man könnte annehmen, daß sie der gleichen Rasse angehören und

deshalb kleiner und leichter sind als die Gymnasiasten; aber ebenso könnte es der Fall sein, daß sie der gleichen Rasse wie die der letzteren angehören oder eine Mischung beider und infolge der schlechten sozialen Verhältnisse unterentwickelt sind.

Andere Methoden haben hier eine schärfere Unterscheidung gestattet. Bei den Untersuchungen waren gleichzeitig noch Unterarmumfang und Druckkraft (Collinsches Dynamometer) gemessen worden.

Die Messung des Unterarmumfanges erfordert, wie ja bekanntlich auch die der Körperlänge, einige Übung; Verf. möchte daher nun die Resultate eines und desselben Untersuchers hier wiedergeben. Auch gegen die Messung der Druckkraft können Einwände gemacht werden. Die Schwankungen bei derselben Person sind ziemlich stark, die Psyche ist von Einfluß, und man darf solche Messungen z. B. nicht an einem Tage vornehmen, an dem der Nachmittag unerwartet schulfrei gegeben wird, da man sonst viel zu hohe Werte erhalten würde. Im ganzen aber ist das Instrument für Massenuntersuchungen gut verwendbar, da die Fehler sich dann ausgleichen, und die gleichmäßig verlaufenden Kurven zahlreicher Autoren lassen das erkennen. Den Schülern wurde vor jeder Untersuchung gezeigt, wie das Instrument zu fassen und zu drücken ist. Es wurde zweimal, manchmal fünfmal gedrückt, in den folgenden Tabellen jedoch des richtigeren Vergleichs halber nur das Resultat des stärkeren der beiden ersten Drucke wiedergegeben.

Aus den Zahlen sieht man: Die größte Druckkraft haben die Gymnasiasten. Nach ihnen folgen die Landschulkinder, wie es auch nach der übrigen körperlichen Entwicklung zu erwarten war. Sie sind also nicht etwa infolge des Landlebens kräftiger als jene. In einem deutlichen Abstand aber folgen nunmehr die Stadtvolksschulkinder, so daß sich mit dieser Methode ihre Unterlegenheit unter den gleichgroßen und gleichschweren Landschulkindern deutlich ergibt. Und dies, trotzdem der Unterarmumfang nicht hinter dem der Landkinder zurücksteht. Man sieht daraus, daß die Äußerungen der Muskelkraft nicht allein von der Quantität des Muskels abhängen. Wesentlich ist daneben die Wirkung der Psyche, des Impulses; und diese geringe Leistung der unterernährten Kinder stimmt mit der öfter gefundenen Tatsache überein, daß Kinder, die in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind, auch geistig nicht so leistungsfähig sind. Vielleicht kann man auch an eine andere Beschaffenheit der Muskelmasse denken, denn aus den Untersuchungen von Aron wissen wir, daß, wenn ein Organismus infolge Unterernährung im Wachstum zurückbleibt, er auch chemisch anders beschaffen, wasserreicher ist.

Was auch die Ursache sein mag: sicher ist, daß die Körperkraft der Stadtvolksschulkinder geringer ist als die der gleichgroßen und gleichschweren Landschulkinder. Hieraus darf man mit Sicherheit schließen, daß sie in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben sind. Dann sind sie aber wohl auch in Länge und Gewicht zurückgeblieben. Sie gehören also einer größeren Rasse an als die Landkinder oder, wahrscheinlicher, einer Mischung der größeren und

kleineren Rasse, und ihre Minderwertigkeit ist auf schlechtere soziale Verhältnisse zurückzuführen.

Wichtig erscheint aber noch, daß die Kinder aus Quednau, das nahe bei der Großstadt liegt und deren Väter teilweise dort arbeiten, ebenso kräftig sind wie die anderen Landkinder. Hier ist der Weg vorgezeichnet, auf dem eine Besserung der Zustände unter der Arbeiterbevölkerung erfolgen könnte. Denn zwar ist zweifellos richtig, daß das Wachstum durch Nahrungsaufnahme, durch Ansatz erfolgt, daß, wenn die Nahrungsmittel in der Stadt so leicht zu erhalten wären wie auf dem Lande, wenn durch Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, die Bewegung im Freien der Appetit auch für eine einfache Kost gefördert würde, der Ernährungszustand der unbemittelten Bevölkerung in der Stadt ebenso gut sein könnte wie auf dem Lande. Aber die Erfahrung hat eben immer ergeben, daß dies nicht so ist. Unter derartigen noch überwiegend ländlichen Verhältnissen wie Quednau ist noch nicht die Unterernährung vorhanden, sie beginnt, wie Grotjahn hervorhebt, erst mit dem Aufhören der Naturalwirtschaft.

Im übrigen ist gerade das Klima Ostpreußens geeignet, ein kräftiges Geschlecht zu schaffen. Jedem Neuankömmling, der nicht von Anfang an sich verweichlicht, fällt, wenn er sich erst an das Klima gewöhnt hat, die Zunahme des Appetits auf.

Verf. möchte im Gegensatz zu den anderen Autoren Einfluß des Klimas auf den Nahrungsbedarf nicht gering veranschlagen. Allerdings sagt man richtig, daß unsere Haut unter der Kleidung in einem gleichmäßigen, tropischen Klima ist; aber in kühleren Gegenden dürfte ihre Wärme wohl mehr als in warmen durch stärkere Durchblutung hervorgerufen werden, die dann natürlich mit einer stärkeren Wärmeabgabe verbunden ist, abgesehen davon, daß man sich unwillkürlich mehr Bewegung macht. Es ist auch auffallend, daß die Personen, bei denen die bisher größte Nahrungsaufnahme konstatiert wurde (bis über 8000 Kalorien pro Tag), amerikanische Holzfäller waren, die im Winter untersucht wurden, daß ferner die Milch der Polartiere einen außerordentlich hohen Fettgehalt hat (Walfisch 19,8%, Renntier 17,2%). Die Natur läßt den Appetit anscheinend über das momentane Nahrungsbedürfnis ansteigen. Damit erklärt sich auch der Panniculus adiposus, den wir im Norden viel stärker ausgeprägt sehen als im Süden. — Auch die relativ niedere Tuberkulosesterblichkeit Königsbergs, die früher hervorgehoben wurde im Gegensatz zu den Binnenstädten, dürfte durch die Abhärtung infolge der ständigen wehenden Winde bedingt sein; allerdings hat sie nicht in dem Maße abgenommen, wie in reicheren deutschen Städten. Über die auffallend hohe Säuglingssterblichkeit Ostpreußens sind wir leider durch wissenschaftliche Arbeiten sehr wenig informiert, interessant ist es aber, daß sie in dem berüchtigten Sommer 1911 keine derartige Neigung zeigte wie im übrigen Deutschland, da die Temperatur hier nicht besonders hoch war. Grätzer.

Thiele-Chemnitz, Der Einfluß der kriegsmäßig veränderten Ernährung auf unsere heranwachsende Jugend. (Ebenda.) Das Material umfaßt 1055 Knaben, die Ostern 1916 nach

8 jähriger Schulzeit die Volksschule verlassen. Sie stehen also im Beginn der Entwicklungszeit (Pubertät), der Zeit des stärksten Wachstums. Ihre Ernährungsbedingungen sind sicher die gleichen wie die der Erwachsenen. Wenn Rössle gegenüber dem Jenaer Material hervorhebt, daß das dortige jugendliche Arbeitermaterial infolge guten, ja gesteigerten Verdienstes und demzufolge nicht schlechterer Ernährung vielleicht doch nicht ganz einwandfrei sei, so ergaben Nachfragen in Chemnitz, daß von den 1055 Konfirmanden 330 = 31,3% auf Arbeit gingen (im wesentlichen als Laufjungen, Boten), die sicher nicht besonders gut entlohnt wird und nur wenige Stunden (höchstens 3) am Tage umfaßt. Die Knaben entstammen in der Mehrzahl Arbeiterfamilien. Die Feststellungen geben sicher eine ausreichende und einwandfreie Stichprobe über den Einfluß der jetzigen Ernährung auf die Mehrzahl der Chemnitzer Bevölkerung. Dank der zufällig fast genau vor dem Eintritt der kriegsmäßig veränderten Lebensweise (Ostern 1914) vom Verf. (l. c.) berechneten Durchschnittszahlen von Körperlänge und Körpergewicht der Chemnitzer Schulkinder in den verschiedenen Lebensaltern stehen sichere Vergleichszahlen zur Verfügung.

Die Durchschnittszahlen vor dem Kriege sind für Knaben im Alter von 14 Jahren (8. Schuljahr) folgende:

Gesunde:	143,0 cm	Länge,	34,5 kg	Gewicht
Blutarme:	143,0 ,,	,,	33,2 ,,	,,
Tuberkulöse:	138,0 ,,	,,	31,8 ,,	,,

Auch die diesjährigen (— die Untersuchungen fanden im Februar d. J. statt —) Knaben sonderte Verf. in Gesunde, Blutarme und Tuberkulöse, nachdem er 144 Knaben = 13,7% wegen Wirbelsäulenverkrümmungen, Herzfehlern und anderen die Gesundheit schwerer beeinträchtigenden Körperfehlern ausgeschieden hatte. Es blieben:

720	Knaben	= 68,3%	Gesunde
160	,,	= 15,2%	Blutarme und
30	,,	= 2,8%	Tuberkulöse

übrig, aus denen die Zahlen errechnet sind. Danach betrug das Durchschnittsgewicht dieser „Kriegskonfirmanden“:

Gesunde:	145,4 cm	Länge,	36,8 kg	Gewicht
Blutarme:	141,7 ,,	,,	32,4 ,,	,,
Tuberkulöse:	143,7 ,,	,,	32,2 ,,	,,

Es ergibt sich also für gesunde Knaben nicht nur kein Verlust, sondern eine nicht unerhebliche Zunahme an Körperlänge und Körpergewicht. Ihre Entwicklung ist sonach sicher nicht irgendwie ungünstig beeinflußt worden.

Etwas anders scheinen die Verhältnisse bei den blutarmen Knaben zu liegen. Hier ist ein geringer Rückschritt festzustellen. Wenn wir aber daneben die Zahlen für Tuberkulöse halten, die wiederum eine wesentliche Verbesserung ihrer Körperverhältnisse aufweisen, so können wir uns dieses Ergebnis wohl nur aus den kleinen Zahlen erklären, die uns zur Verfügung standen. Und mit kleinen Zahlen kann

man keine statistische Sicherheit erlangen. Wenn wir dies bei den blutarmen Knaben nicht annehmen wollen — auf Grund vielfacher statistischer Erfahrungen neige ich eher dazu —, so muß uns diese Feststellung ein Hinweis darauf sein, in der jetzigen Zeit beschränkter Ernährungsverhältnisse auf unsere weniger widerstandsfähigen Kinder besonders Obacht zu geben.

Es dürfte weiter von Wert zur Beurteilung der ganzen Frage sein, wenn wir nicht nur Körpergröße und Körpergewicht früher und jetzt miteinander vergleichen, sondern überhaupt den durchschnittlichen Gesundheitszustand der gleichalterigen und gleichartigen Kinder früher und jetzt gegenüberstellen.

In folgender Tabelle finden wir in Prozentzahlen die wesentlichsten Gesundheitsstörungen, die in den letzten 3 Jahren vor dem Kriege, 1911, 1912 und 1913, an den Konfirmanden gefunden wurden. Unter 1915 sind die gleichen Zahlen der jetzt untersuchten 1055 Knaben eingetragen.

Es litten an	Jahrgang 1911	Jahrgang 1912	Jahrgang 1913	Jahrgang 1915
Ungenügendem Ernährungszustand	2,59	3,55	4,02	2,74
Blutarmut	26,57	20,16	21,75	19,24
Wirbelsäulenverkrümmung	17,46	17,02	18,14	6,16
Knochen- und Gelenktuberkulose	0,27	0,30	0,38	0,18
Adenoiden Wucherungen	0,96	0,53	0,48	0,85
Lungentuberkulose	1,40	1,73	1,90	1,51
Herzfehler	4,22	1,85	1,86	1,98
Sehstörungen	9,36	9,69	9,78	6,16
Gehörstörungen	2,49	1,93	1,70	2,27
Nervenleiden	0,98	0,65	0,83	0,66

Auch hier sehen wir keine wesentlichen Unterschiede, wenn auch zu berücksichtigen ist, daß die Zahlen von 1911—1913 nicht nur die männlichen, sondern auch die weiblichen Schulentlassenen umfassen. So erklärt sich auch der auffällige Abfall der Prozentzahl bei den Wirbelsäulenverkrümmungen und vielleicht auch unter den Sehstörungen. Fügt man noch den allgemeinen Eindruck hinzu, den die im Laufe des letzten Kriegsschuljahres vorgeführten Schulkinder machen, so kann sich Verf. durchaus den Jenaer Schulärzten anschließen, die übereinstimmend mit den dortigen Schulleitern der Ansicht waren, daß bei den Schulkindern von schlechter Ernährung nichts zu merken sei. Auch gelegentlich der Aussprache über Diphtherie im Ärztlichen Verein zu Hamburg vom 16. November 1915 wurde gegenüber einer Ansicht, die die derzeitige Schwere des Verlaufes der Diphtherie auf die Teuerung und die „dadurch bedingte Unterernährung, die auch jetzt vorhanden ist“, zurückgeführt hatte, von Fraenkel betont, daß die in das Eppendorfer Krankenhaus aufgenommenen diphtherieerkrankten Kinder „ganz und gar nicht schlechter genährt sind als die in Friedenszeiten mit der gleichen Erkrankung zur Aufnahme gelangenden.“

Der Tagespresse entnimmt Verf. einen Bericht des württembergischen Bezirksarztes Engelhorn, der in den letzten Monaten

„2562 Schulkinder im Alter von 6, 10 und 13 Jahren untersucht und dabei die Beobachtung gemacht hat, daß der Ernährungszustand dieser Kinder durchschnittlich sehr gut war, mit wenigen Ausnahmen mindestens so günstig war wie vor dem Kriege. Diese günstige Erfahrung ist sowohl bei Land- wie bei Stadtkindern gemacht worden.“

Und endlich liegt eine Veröffentlichung von Hepner-Mannheim vor, wonach bei den Schulanfängern der dortigen Volksschulen im Jahre 1915 durchaus keine Erscheinungen einer geringeren körperlichen Entwicklung festzustellen gewesen sind. Zu etwas anderen Ergebnissen allerdings kam schon Mitte des Jahres 1915 der Charlottenburger Schularzt Kettner, der bei den Säuglingen und Kleinkindern, die er in der Fürsorgestelle beobachten konnte, vielleicht dank der erweiterten Reichswochenhilfe keine wesentliche Beeinträchtigung der Körperentwicklung finden konnte. Nur glaubte er Zunahme der Rachitis und der Tetanie (spasmophilen Diathese) feststellen zu müssen, was er auf die verschlechterten häuslichen Verhältnisse und vielleicht auf die ungünstige nervöse Beeinflussung der jungen Mütter während der Schwangerschaft zurückführt. Bei den Schulkindern dagegen konnte er einen deutlichen Einfluß der veränderten Ernährung auf ihre körperliche Entwicklung beobachten. Die Zunahme des Körpergewichtes blieb ebenso wie die Zunahme des Längenwachstums um 1 kg bzw. 2 cm zurück. Er hat aber eine direkte Schädigung der Gesundheit — das betont er ausdrücklich — hierdurch noch nicht eintreten sehen, sieht sich jedoch veranlaßt, die maßgebenden Stellen auf seine Beobachtungen hinzuweisen.

Man kann trotzdem wohl übereinstimmend mit den anderen erwähnten Beobachtern in deutschen Großstädten sagen, daß bis jetzt im allgemeinen von einem ungünstigen Einfluß der durch den Krieg veränderten und zum Teil sicher herabgesetzten Ernährung auf unsere heranwachsende Jugend keine Rede sein kann. Immerhin gibt der etwas ungünstigere Befund bei schon früher nicht ganz einwandfreien Kindern einen erneuten Hinweis darauf, daß etwaiger Nahrungszuschuß in erster Linie unseren Kindern zugute kommen muß. Selbstverständlich müssen diese wichtigen Untersuchungen fortgesetzt werden. Es geht um unsere Zukunft. Grätzer

Hans Landau, Über die Gramfestigkeit von Diphtherie- und diphtherieähnlichen Bazillen und ihre differentialdiagnostische Bedeutung. (Aus dem Königl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch“ zu Berlin.) (B. kl. W. 1916. Nr. 41.) Langer und Krüger haben kürzlich als neues Differenzierungsmittel von Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen eine verlängerte Gramfärbung empfohlen; das Wesentliche ihrer Methode ist, daß sie nicht nur so lange entfärben, bis keine Farbwolken mehr abgehen, sondern 96% Alkohol 15 Minuten lang auf die Präparate zur Entfärbung einwirken lassen. Nach dieser Zeit seien die echten Diphtheriebazillen vollständig entfärbt, die Pseudodiphtheriebazillen dagegen halten auch dann noch die Gramfärbung fest. Ihre Untersuchungen beziehen sich auf 10 Stämme von echter und 5 Stämme von Pseudodiphtherie; die Autoren kommen zu dem Schluß, daß ihre Ergebnisse es rechtfertigen, ihre Färbung als unbedingt spezifisch

anzusehen. In einer späteren Arbeit hat Langer auf Grund der Untersuchungen von etwa 500 Diphtherie- und Pseudodiphtheriestämmen die unbedingte Spezifität seiner Färbung bestätigt gefunden. Unter den untersuchten Diphtheriestämmen befanden sich auch zwei atypische, in der Neisserfärbung negative Kulturen, von denen die eine für Meerschweinchen virulent, die andere aber avirulent war; beide verhielten sich gegenüber der verlängerten Gramfärbung wie echte Diphtherie.

Bei einer Nachprüfung an einem vorläufig allerdings nur kleinen Material konnte Verf. Langers Angaben bestätigen, mehrere diphtheroide Stämme hielten bei verlängerter Gramfärbung die dunkelblaue Farbe vollkommen fest, während sich echte Diphtheriebazillen völlig entfärbten. Gewiß ist die Methode als weiteres Differenzierungsmittel innerhalb der Gruppe Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen von Interesse und verdient besonders auch bezüglich der praktischen Anwendung bei ganz jungen Kulturen, wo die Neisserfärbung versagt, weitere Nachprüfung. Was jedoch den Anspruch einer unbedingten Spezifität betrifft, so möchte Verf. auf die von ihm kürzlich beschriebenen, der Leptothrix nahestehenden Bakterienarten hinweisen, die zuweilen den echten Diphtheriebazillen äußerst ähnlich, dabei aber noch weniger gramfest sind als diese. Diese Mikroorganismen können vor allem bei den Originalabstrichen, für die Langer und Krüger ihre Färbung ebenfalls empfehlen, aber auch gelegentlich in der Kultur Anlaß zu Zweifeln geben. Ein kürzlich von L. gezüchteter Stamm, der den oben genannten Bakterienarten angehört, war nach Neisser gefärbt außerordentlich diphtherieähnlich und zeigte nach einigen Generationen auf Löfflerserum gutes Wachstum, in den meisten Kulturen traten gar keine Fäden auf; der mit diesem Stamm am Meerschweinchen angestellte Tierversuch verlief vollständig negativ. Was die Gramfärbung betrifft, trat hier schon bei der gewöhnlichen Färbemethode teilweise Entfärbung ein, nach Langers Methode entfärbten sich die Stäbchen vollständig. Man könnte daran denken, daß es sich hier um eine avirulente Diphtherie handle; dagegen spricht aber die Herkunft von dem Zahnfleisch eines gesunden Laboratoriumsangestellten, der bei recht häufigen Untersuchungen vielfach Leptothrix, aber niemals Diphtheriebazillen geliefert hat, sowie die Tatsache, daß doch gelegentlich in einigen Generationen dieses Stammes einzelne der Leptothrix ähnliche Fäden auftraten. Anscheinend liegen die Verhältnisse so, daß die Gruppe der gewöhnlichen xeroseähnlichen Diphtheroiden — wie Verf. in mehreren Fällen bestätigen konnte — in der Tat meistens viel gramfester ist als die echte Diphtherie, während eine andere, auf unseren Platten nur seltener gedeihende Gruppe, die der Leptothrix nahe steht, sich umgekehrt viel schneller entfärbt als die echte Diphtherie. Ob man die Angehörigen dieser Gruppe zur Pseudodiphtherie rechnen soll, mag fraglich sein; in jedem Falle handelt es sich um zuweilen äußerst diphterieähnliche Stäbchen, bei denen man ein einfaches Differenzierungsmittel gut brauchen könnte und bei denen die Langersche Färbemethode versagt! Verf.'s weitere Beobachtungen an dem obengenannten, der Leptothrix nahestehenden Stamm, näm-

lich das im Vergleich zu den meisten Angehörigen dieser Gruppe bessere Wachstum auf Löfflerserum und die auffallend starke Ähnlichkeit mit echter Diphtherie bei Neisserfärbung, rechtfertigen die bereits vom Verf. gemachte Bemerkung, daß auf die Möglichkeit der Verwechslung derartiger Bakterien mit Diphtherie vielleicht nicht immer genügend geachtet wird; insbesondere ist dabei an die Fälle zu denken, bei denen der direkte nach Neisser gefärbte Ausstrich diphtheriepositiv ist, die Kultur aber dann negativ bleibt. Daß solche Fälle bei echter Diphtherie vorkommen, ist nach Neissers u. a. Beobachtungen wohl nicht zu bezweifeln, sie sind aber wohl recht selten. Wenn aber z. B. Schürmann und Pringsheim unter 433 Diphtherieuntersuchungen neben 99 positiven Kulturbefunden 27 Fälle fanden, in denen sie mikroskopisch Diphtherie diagnostizierten, während die Kulturen negativ waren, so daß also in jedem 5. Fall die Kultur versagt hätte, so muß man dabei doch wohl an die Möglichkeit eines Irrtums denken. Jedenfalls dürfte es empfehlenswert sein, Fällen, in denen sich der mikroskopisch positive Befund in der Kultur nicht bestätigt, neuerdings nochmals nachzugehen. Die Unterscheidung der Diphtheriebazillen von Angehörigen der Leptothrix- (und wohl auch der Streptothrix- und Aktinomyzes-)gruppe scheint doch in der Praxis in manchen Fällen schwieriger zu sein, als meist angenommen wird.

Was nun anderseits die echten Diphtheriebazillen betrifft, so scheinen darunter doch auch gelegentlich Kulturen vorzukommen, die eine größere Gramresistenz zeigen. Hierhin gehört eine jüngst vom Verf. beobachteter Fall. Das zur Untersuchung auf Diphtherie eingesandte Material stammte aus der Nase eines siebenjährigen Kindes; die Kultur auf Löfflerserum war gut gewachsen, mikroskopisch wies sie Bazillen von typischer Form und Lagerung, besonders viel Keulenformen auf, nach Neisser zeigten aber nur wenige Exemplare Polfärbung. Der mit diesem Stamm am Meerschweinchen angestellte Tierversuch verlief deutlich positiv: am zweiten Tage nach der Injektion von 2 Ösen der Löfflerserumkultur starb das Tier, und zwar mit dem typischen Sektionsbefund des Diphtherietodes. Hier ergab nun die Gramfärbung nach Langer von der ersten Löfflerserumplatte keine vollständige Entfärbung; die Stäbchen erschienen allerdings nicht dunkelblau, wie Verf. es bei den diphtheroiden Stäbchen sah, zeigten aber in der Mehrzahl einen amphoteren Farbenton, teils mehr zum Rot, teils zum Blau neigend, im besonderen hatten die Keulenformen zum Teil einen ziemlich reinen blauen Farbenton. Eine abgeimpfte Platte ergab dann allerdings vollkommene Entfärbung nach Langer. Auch in mehreren anderen Fällen, die nicht im Tierversuch geprüft wurden, jedoch mikroskopisch typische Diphtherie waren, hat Verf. dasselbe amphotere Verhalten bei der Langerschen Färbung gesehen. Ebenfalls amphoter bei der Langerschen Methode erwiesen sich diphtherieähnliche, im Blaupräparat durchbrochene Neisser-negative Stäbchen, die aus der Nase eines erwachsenen Diphtheriebazillenträgers gezüchtet wurden; der mehrmals, auch mit großen Dosen (4 Ösen) wiederholte Tierversuch ergab, daß es sich um echte Diphtherie handelte. Grätzer.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Sven Johannsson, Om behandlingen av den tuberkulösa spondyliten med sarskilt avscende fastat vid Albees operation. (Hygiea. LXXIX. 1917. S. 145.) (Schwedisch.) Nach einem kurzen Resümee über die verschiedenen Methoden, die im Laufe der Zeiten bei Behandlung der tuberkulösen Spondylitis zur Anwendung gekommen sind, bringt Verf. einen etwas ausführlichen Bericht über Technik, Resultate und Indikationsstellung bei der Albeeschen Operation, wobei er sich besonders bei einer von Wolkott aufgestellten Statistik über 642, an verschiedenen Krankenhäusern in Amerika operierte Fälle aufhält.

Verf. selbst hat 12 Fälle nach der Albeeschen Methode operiert: 6 Mädchen und 6 Knaben, der jüngste 8 Jahre, der älteste 12 Jahre. Ein Fall führte $4^1/_2$ Monate nach der Operation zu Tod an Miliartuberkulose. In den übrigen Fällen hält Verf. das Resultat für zufriedenstellend. Die Fälle, die gegenwärtig als am geeignetsten zur Operation nach dieser Methode angesehen werden, sind teils akute Fälle ohne Deformität, wo der Prozeß so lokalisiert ist, teils fortgeschrittene Fälle mit Deformität, doch erst nachdem diese auf unblutigem Wege so vollständig als möglich korrigiert worden ist.

K. Boas.

A. Rubenson, Ett fall av Diabetes insipidus med Jacksons epilepsi. (Higiea. LXXIX. 1917. S. 263. Schwedisch.) Ein zwölfjähriger vorher gesunder Knabe ohne hereditäre Belastung, der vor zwei Jahren ziemlich plötzlich auffallend große Mengen Wasser zu trinken begonnen hatte, und seitdem auch von einer bedeutenden Polyurie beschwerdet worden war, wurde wegen epileptischen Anfällen ins Krankenhaus gebracht. Die Krämpfe waren von einem unregelmäßigen Jacksonschen Typus und im Kopf und in den oberen Extremitäten lokalisiert. Angestellte Versuche zeigen, daß die Polyurie die von Tallquist, Erich Meyer u. a. aufgestellten diagnostischen Forderungen auf Diabetes insipidus ziemlich gut erfüllt. Lumbalpunktion am Tage nach einem Krampfanfall ergab einen Druck von 26 cm H_2O, im übrigen, auch Röntgenuntersuchungen des Schädels, nichts Objektives von Bedeutung. Nach Injektion von Pitutrin (Parke, Davis & Co.) kommt es während der ersten 8 Stunden zu einer auffallenden Verminderung der Harnmenge unter Zunahme der Ausscheidung von Kochsalz und Stickstoff. Nach etwa drei Wochen allmähliche Remission der krankhaften Symptome mit Aussetzen der Krampfanfälle, Besserung des Allgemeinbefindens und bei ausgeführter Lumbalpunktion normaler Druck der Zerebrospinalflüssigkeit nur noch mit Fortsetzen der Polyurie. — Eine sichere Diagnose kann vorläufig nicht gestellt werden. Von diskutierten Möglichkeiten scheint eine Form chronischer, seröser Meningitis dem Verf. am schwierigsten aufzuschließen, doch unter Berücksichtigung, daß auch andere zerebrale Krankheitszustände, wie Tumor cerebri sowie auch eine eigenartige Form genuiner Epilepsie nicht unmöglich seien. K. Boas.

Harold W. Wright, Infantile hemiplegia. A case with unusual onset and obscure etiology. (Journ. of the Amer. med. Assoc. LXIV. 1915. S. 1577.) Ein 1 Jahr 7 Monate altes Kind —

Mutter Alkoholikerin — bekam beim Zahnen eine wechselseitige, spastische Hemiplegie von flüchtigem Charakter, welche sich schließlich stabilisierte. Zeitweise bestanden daneben klonische Krämpfe und Augenhintergrundsveränderung. Als Ursache dieser Störungen nimmt Verf. wiederholte Blutungen aus der Arteria lenticulo-striata in die medialen Gebiete der Capsula interna und des Linsenkerns an. Möglicherweise lag auch eine rekurrurende Blutung auf dem Boden einer hämorrhagischen Diathese vor. Als auslösendes Moment kam der Akt des Zahnens in Betracht. Diese wiederholten Blutungen haben zu einer abwechselnden Steigerung und Herabsetzung des intrakraniellen Druckes geführt, der die zeitweiligen Inter- und Remissionen ausreichend erklären würden. (? Ref.) K. Boas.

F. Lewis, Frissel Report of a case of acute poliomyelitis. (Journ. of the Amer. med. Assoc. LXIV. 1915. S. 509.) In dem Falle des Verf.'s trat im Verlauf einer fieberhaften Bronchitis eine isolierte Blasenlähmung aut. Der Befund in der Spinalflüssigkeit war nicht eindeutig. Per exclusionem gelangte Verf. zu der Diagnose einer Poliomyelitis. K. Boas.

John Gardnier, Congenital alsance of right pectoralis major and minor muscles. (Journ. of the Amer. med. Assoc. LXIV. 1915. S. 508.) In dem Falle des Verf.'s fehlte der M. pectoralis maior und minor auf der einen Seite. Statt dessen sah und fühlte man nur einen derben bindegewebigen Strang. Der M. deltoideus und subclavius waren in den klavikulären Partien hypertrophisch, wodurch die grobe motorische Kraft des Armes auf der mißbildeten Seite nicht nur nicht geringer, sondern sogar größer sein soll als auf der anderen gesunden Seite. K. Boas.

Arnold Netter, Observation de méningite cérébro-spinale compliquée de cécité. Retour de la vision chez trois enfants atteents de cécité après la meningite cérebro-spinale. (Annales d'oculistique. LXXIX. 1916. S. 209.) Der Fall des Verf.'s betrifft ein 21 Monate altes Mädchen mit Meningitis cerebrospinalis epidemica. Es wurden drei Seruminjektionen mit gutem Erfolg gemacht. Seit zwei Wochen sieht Patientin nichts mehr. Der Augenspiegelbefund ist normal. Die Diagnose lautete auf Hydrozephalus. Bei der Lumbalpunktion entleerte sich der Liquor cerebrospinalis im Bogen. Nach der zweiten Lumbalpunktion kehrte die Sehfunktion langsam wieder. Auch zwei weitere Fälle von Amaurose nach Meningitis cerebrospinalis epidemica wurde erfolgreich mit Lumbalpunktion und daran sich anschließenden Seruminjektionen behandelt. Verf. empfiehlt daher, bei solchen Zuständen häufige Lumbalpunktionen mit hohen Seruminjektionsdosen zu kombinieren.

K. Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Uhlig: **Zur Behandlung der Noma.** Bei einem 14 jährigen Knaben entstand im Anschluß an Typhus abdominalis eine ausgedehnte Noma der rechten Wange. Bei der Aufnahme am 7. Oktober fand sich eine fast handflächengroße Gangrän der rechten Wange, der Patient machte einen sehr elenden, schwerkranken Eindruck. Zur Behandlung wurden etwa $^1/_2$ cm von der Grenze zwischen nekro-

tischem und lebendem Gewebe die Weichteile der rechten Wange mit Diathermie koaguliert und in diesem Koagulationsbezirk das Gewebe mit dem Messer scharf durchtrennt. Die Operation ließ sich auf diese Weise in kürzester Zeit ohne den geringsten Blutverlust bewerkstelligen. Der Patient erholte sich rasch, so daß am 28. November der erste Akt der Cheiloplastik nach Israel mit der von Hacker angegebenen Modifikation vorgenommen werden konnte. Der Defekt am Halse wurde durch Transplantation gedeckt. (Greifswalder med. Verein, 1. XII. 1916.)

Eugen Schlesinger: **Der Einfluß der durch die Kriegslage veränderten Ernährung auf die schulpflichtige und die herangewachsene Jugend.** Während übereinstimmend bei den Säuglingen und auch bei den Kleinkindern die Entwicklung und Gewichtszunahme während des Krieges nicht oder kaum hinter der zu Friedenszeiten zurückstehend gefunden wurde, führten die — wenig zahlreichen — Untersuchungen bei Schulkindern zu recht verschiedenen Ergebnissen. Vortr. stellte seine Untersuchungen an 1300 Knaben und jungen Leuten an, in gleichem Umfange an minderbemittelten Volksschülern, Mittelschülern aus dem Mittelstande und Fortbildungsschülern, Lehrlingen aller Berufe. Vierteljährliche Wägungen und Vergleiche mit dem Schülermaterial aus genau denselben Schulen, demselben „sozialen Milieu", in früheren Jahren. — Die Längenmessung ergab 1916 günstigere Verhältnisse; die Beurteilung der Gesamtentwicklung, der Konstitution auf Grund der Methode der Inspektion ergab 1916 bei den Volksschülern eine geringe Verschlechterung. Die Durchschnittsgewichte zeigten 1916 einen deutlichen Rückstand, besonders bei einer Gegenüberstellung der gleichaltrigen und gleichgroßen, also annähernd gleich gut entwickelten Knaben. — Im ersten und noch mehr im zweiten Vierteljahr 1916 war das Verhältnis zwischen der Zahl der Kinder mit Gewichtszu- und -abnahmen ungünstiger als 1913, im dritten Vierteljahr aber nahmen 90% der Kinder zu; es setzte ein, wenn auch vielleicht nur vorübergehender, Ausgleich der ungünstigen Verhältnisse des ersten Halbjahrs ein. Stärkere Gewichtsverluste wiesen fast nur die älteren Knaben und Lehrlinge auf (bis zu $2^1/_2$ kg im ersten Halbjahr), bei den jüngsten Schulkindern betrug der Rückstand durchschnittlich nicht mehr als $^1/_2$ kg. Bei den Mittelschülern aus geordneten Verhältnissen lagen die Gewichtsverhältnisse etwas ungünstiger als bei den Volksschülern: Der Gewichtsverlust war im allgemeinen um so stärker, je besser die Kinder und jungen Leute früher genährt waren. Für die Annahme und Besorgnis, daß die Entwicklung, das Wachstum der Kinder aufgehalten worden wäre, liegt gar kein Grund vor. Wohl ist die Zahl der mageren Kinder von 7—15% auf 10—18% gestiegen, aber der Gesundheitszustand ist so gut wie früher; eine Verringerung der Widerstandskraft der Kinder gegenüber Infektionen, insbesondere gegenüber der Tuberkulose, ist nicht zu bemerken. In Berücksichtigung des geringeren Fettansatzes bzw. des Gewichtsverlustes kommen in Betracht u. a. Erhöhung des Milchanteils, Hinweis auf die Kriegsküchen.

Besprechung. Fehling: Die Mitteilungen des Vortr. sind sehr interessant; sie zeigen, daß gleich wie wir Erwachsenen so auch die heranwachsende Jugend durch die Kriegsernährung abnimmt. Man hatte das Gleiche von den Neugeborenen behauptet. Nach den experimentellen Untersuchungen Reebs bewirkt ja Nahrungsentzug beim trächtigen Muttertier Gewichtsabnahme der Früchte. Wie andere Kliniken, so konnten auch wir nachweisen, daß das Durchschnittsgewicht der Neugeborenen im Kriege nicht abgenommen hat. Zum Vergleich nahm ich 300 Neugeborene von Anfang 1914 und ebensoviele von 1916:

1914	reife	Knaben	durchschnittliche	Länge	50,5	Gewicht	3457
	„	Mädchen	„	„	50,3	„	3371
1916	„	Knaben	„	„	49,3	„	3434
	„	Mädchen	„	„	49,9	„	3380

Also eine Gewichtsabnahme, die zu gering ist, als daß sie Bedeutung beanspruchen dürfte, aber merkwürdigerweise eine Abnahme der Länge. Zählt man die Gewichte der Knaben und Mädchen zusammen, so ergibt sich für 1914: 3414 Durchschnittsgewicht, für 1916: 3407. Man darf also beruhigt den Schluß ziehen, daß die Kriegsernährung der schwangeren Frauen diese noch nicht geschädigt hat.

Ph. Kuhn fragt den Vortr., ob er die mangelhafte körperliche Ausbildung der Schuljugend bei seiner Betrachtung über das Körpergewicht mit in Betracht gezogen hat. In den Schulen wird seit Kriegsbeginn nicht genügend Turnunterricht erteilt. Dieser Zustand ist für die Wehrhaftmachung unserer Jugend nicht unbedenklich. (Unterelsässischer Ärzteverein, Straßburg, 28. X. 1916.)

Just: **Tuberkulintherapie.** Vortr. stellt einen 9 jährigen Knaben vor, bei dem er tuberkulöse Drüsengeschwülste an beiden Kieferwinkeln durch direkt in die Geschwülste eingespritztes Tuberkulin AF zum Schwinden gebracht hat. Im ganzen wurden zwölf Injektionen in acht Wochen gemacht, steigend von $^1/_{1000}$ bis $^1/_{50}$ mg. Die Drüsen am Rande des Unterkiefers sind noch leicht geschwollen, kettenförmig beiderseits bis zum Kinn zu fühlen. Vortr. hat neben diesem Falle noch bei einem 6 Monate alten Kinde eine bereits vereiterte Lymphdrüse durch Einspritzen von Tuberkulin in die Drüse selbst zum Schwinden gebracht. Vortr. weist darauf hin, daß der Weg, in das Lymphgefäß direkt Heilmittel einzuführen, theoretisch betrachtet Erfolg verspricht, weil ja die meisten Krankheitsgifte besonders im Lymphgefäßsystem sich verbreiten. Da die Lymphstämme selbst für Injektionen sich wohl kaum eignen dürften, bleibt als zunächst einziger Weg die Lymphdrüse. Es empfiehlt sich eventuell, falls die Drüsen durch die Krankheit noch nicht geschwollen seien, diese durch einen Hautreiz zur Schwellung zu bringen und so der Injektion zugänglicher zu machen. Vortr. hat auch die Pondorfschen Impfstriche stets dicht unterhalb größerer Lymphdrüsengebiete angelegt; so an den Armen unterhalb des Ellbogens oder unterhalb der Achseln, an den Beinen unterhalb der Leisten. Er will damit die in den Impfstrichen sich entwickelnden Heilstoffe möglichst direkt dem Lymphgefäßsystem zuführen.

Weygandt: **Degeneratio adiposo-genitalis bei Hirnbasistumor.** Ein von jeher geistig schwach beanlagtes Mädchen, das aus der dritten Klasse konfirmiert worden war, hatte schon eine Reihe von Jahren Parese am linken Bein. Mit 15 Jahren kamen die Menses, mit $16^1/_2$ verschwanden sie wieder. Es stellten sich Schwindel, Bewußtlosigkeit, Inkontinenz, Pupillenstarre und Sehschwäche ein. Mit $16^3/_4$ Jahren kam sie unter der Diagnose „Lues cerebri?" in die Irrenanstalt Friedrichsberg. Der Kopf hatte 57,5 cm Umfang, die Pupillen waren different und starr, es lag Stauungspapille, Optikusatrophie und Amaurose vor. Die Kniereflexe waren gesteigert, besonders links. Es traten Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachten, Hinstürzen auf, ferner unwillkürliche Bewegungen der Finger und der Gesichtsmuskeln links. Schon bald wurde Schlundsondenernährung nötig. Der Spinaldruck war etwas erhöht. Wa.-R. und Pleozytose lagen nicht vor. Das Punktat zeigte Lymphozyten, einige mit plasmatischem Hof wie bei Entzündungen; sehr wenige polynukleäre Leukozyten, keine Tumorzellen, keine Abbauzellen, keine Spuren von Blutpigment. Bald war durch Röntgen eine stärkere Erweiterung des Türkensattels nachweisbar, die Hinterfortsätze waren verschwunden. Mit $17^1/_2$ Jahren kehrten die Menses wieder. Während vorher eine Gewichtsabnahme von 7,5 kg eingetreten war, stellte sich nun Fettsucht ein, vor allem im Gesicht, mit wulstigen Lippen, an Nacken, Brüsten und Abdomen. Der Leibumfang unter dem Nabel betrug 98 cm. Mit 20 Jahren wog sie 79 kg. Die Haut zeigte etwas Pigmentflecken. Der klinische Zustand wechselte, zeitweise war Patientin ganz heiter, sang, lachte, machte Witze und Verse, an die frontale Witzelsucht erinnernd. Dann wieder herrschten Benommenheit und Krampfanfälle vor. Aus dem Serum war nach Abderhalden Abbau von Hypophyse nachweisbar. Das Blutbild zeigte 4,6 Millionen rote und 6800 weiße Blutkörperchen; unter den letzteren fanden sich 50% polymorphkernige und 3% eosinophile Leukozyten, 24% kleine und 23% große Lymphozyten. Der Hämoglobingehalt war normal. Anwendung von Pituglandol brachte etwas Gewichtsabnahme. Wegen bedrohlicher Hirndruckerscheinungen wurde (mit 19 Jahren) eine Trepanation und Punktion des Seitenventrikels durch Prof. Sudek vorgenommen. Das subjektive Befinden hat sich darauf entschieden gebessert gezeigt. Im ganzen war der Zustand schwankend. Bemerkenswert war die Polyurie, bis zu 2800 ccm, sowie alimentäre Glykosurie, die Scham- und Achselhaare waren sehr spärlich. Allmählich traten Blutungen an dem Zahnfleisch und an den Beinen auf. Patientin wurde hochgradig schwerhörig. Schließlich verschwanden die Menses wieder, die Adipositāt ging zurück; in schwer kachektischem Zustande, 35 kg schwer, starb die Patientin, $22^1/_2$ Jahre alt. Der Schädel war auffallend dünnwandig, an manchen Stellen durchlöchert. Die Trepanationsöffnung war fast ganz wieder geschlossen. Die Türkensattelgrube ist außerordentlich weit. Der Oberkiefer war hochgradig prognath, wie bei einem Senegalneger. Das Hirn war ödematös, die Windungen platt, stellenweise von etwas einfachem Typus. Das Gewicht betrug 1320 g. An der Basis nach dem rechten Thalamus zu findet sich eine fast hühnereigroße, ziemlich harte Geschwulst, angelagert an sie ein fast taubeneigroßes zystisches Ge-

bilde. Die Tumormasse erstreckte sich diffus in die Brückensubstanz hinein. Von da bis zum vierten Ventrikel lag wieder eine Zyste. Die Ventrikel waren sehr weit. Die Hirngefäße erschienen sehr zart. Die Hypophyse wog 0,55 g; sie war knopfartig plattgedrückt. Der Tumor erwies sich histologisch als ein Gliosarkom, vielfach mit Gefäßen durchsetzt, teils recht dickwandig, teils sehr dünnwandig. Die Hypophysenschnitte zeigten normales Drüsengewebe und nur als kleinen Randstreifen Neurohypophysen-Gewebe, dazwischen durch breite Drüsengänge angedeutet eine Pars intermedia. Die Hirnrinde zeigte die Zellanordnung eng, doch regelmäßig. Es fanden sich keinerlei Gliavermehrung, keine Trabantzellen, keine Gefäßvermehrung und -veränderung, keine Spuren einer Entzündung. In der Schicht der großen Pyramiden fanden sich Zellen mit dick geschwollenem, ungefärbtem Kern und Zellprotoplasma von wabiger Struktur. Der Optikus war völlig atrophisch. Schilddrüse, Nebenniere, Eierstock waren normal. Wenn auch die krankhaften Symptome bis in die Jugend zurückreichten, müssen wir doch den Tumor als Grundlage der ganzen Erkrankung ansehen. Er rief sowohl lokale Störungen als auch allgemeine Erscheinungen hervor. Durch Druck auf die Hypophyse wurden die adiposo-genitalen Symptome veranlaßt. Auffallend ist nun, daß zunächst die Genitalstörung kam, dann wieder verschwand, aber nunmehr erst die Fettsucht eintrat. Dieser Wechsel spricht gegen die kürzlich von Trömner vertretene Auffassung, daß die Adipositát erst sekundär durch die Genitalstörung und nicht direkt durch die Hirnstörung bedingt sei. Besonders zu beachten ist der wechselvolle Verlauf. Nach den Fällen von Goldstein hätte man daraus eher auf eine Hypophysenschädigung durch Meningitis serosa schließen können, unter Ausschließung eines Tumors der Hypophyse. Einer meiner Assistenten hatte in einer klinischen Darstellung des Falles trotz meiner Mahnung zur Vorsicht sich auf Meningitis serosa unter Verwerfung von Tumor festgelegt. Die Sektion beweist aber, wie auch ein Schädelbasistumor einen wechselvollen Verlauf bedingen kann. Der Eingriff zwecks Druckentlastung durch Ventrikelpunktion war allerdings in der Wahrscheinlichkeitsannahme einer Meningitis serosa geschehen. Aber die darauf folgende subjektive Besserung glaube ich doch mit dem Eingriff bis zu gewissem Grade in Zusammenhang bringen zu dürfen. Das Leben dauerte nach der Operation immerhin noch $3^1/_2$ Jahre, während es ohne den Eingriff nach meiner Überzeugung trotz des langsamen Tumorwachstums wohl eher zugrunde gegangen wäre. Dieses Ergebnis würde mich veranlassen, trotz der traurigen Erfahrungen, die in einem von Nonne und mir zitierten, ziemlich analog gelagerten Falle gemacht wurden, bei dem sogleich nach dem Eingriff der Exitus eintrat, doch bei einer ähnlich gelagerten Affektion unter Hirndruckerscheinungen wieder zu einem solchen entsprechenden Eingriff zu raten. Schließlich ist auch auffallend, daß der Drüsenteil der Hypophyse klinisch keine Symptome zeigte, obwohl er doch stark zusammengedrückt war; histologisch ließ er allerdings keine deutliche Veränderung erkennen. Die Neurohypophyse hat wohl einen hochgradigen Schwund, aber keine deutliche Gewebsveränderung gezeigt. Die Fettsucht war in den letzten Lebensmonaten völlig zurückgetreten. Der Hirnrindenbefund weist nur auf eine geringe Entwicklungshemmung hin. Damit stimmt auch die relativ erhaltene Intelligenz der Patientin zusammen, die selbst in vorgeschrittener Kachexie trotz Amaurose und Schwerhörigkeit die Ärzte gewöhnlich aus dem Schall ihrer Tritte und dem Tonfall sogleich erkannte. Der Fall zeigt wieder, wie häufig gerade kompliziertere, atypische Zusammenhänge auf dem Gebiete der Adiposogenitaldystrophie zu finden sind. (Hamburger ärztl. Verein, 3. X. 1916.)

Zangemeister: **Über Gewichtsveränderungen in der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett.** Der Zweck der Untersuchungen, die teils von mir, teils von Frl. Dr. Lehn unternommen wurden, war, die Möglichkeit zu gewinnen, abnorme Gewichtsveränderungen als solche zu erkennen und zu beurteilen. Die Feststellung der durchschnittlichen Gewichtsveränderung war namentlich bei Schwangeren insofern mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, als die einzelnen Frauen ein sehr verschiedenes, absolutes Gewicht hatten, so daß die Mittelwerte von Zufälligkeiten in hohem Maße abhängig waren; außerdem besteht keine konstante Gewichtszunahme in der Schwangerschaft; die Schwangeren nahmen oft vorübergehend wieder ab; und schließlich besteht gegen Ende der Schwangerschaft sogar eine mit Gesetzmäßigkeit eintretende Gewichtsabnahme, welche die Berechnung von Mittelwerten, wie sie von Gassner und Baumm vorgenommen wurden, in ihrer Bedeutung sehr beeinträchtigt. Erst als ich dazu überging,

lediglich die Differenz gegenüber dem in der Schwangerschaft erreichten Höchstgewicht in Rechnung zu setzen, gelang es, die durchschnittlichen Verhältnisse zu ermitteln. Von der 27. Woche der Schwangerschaft ab besteht eine durchschnittliche Gewichtszunahme um 400 g pro Woche. Schwere Schwangere nehmen mehr zu, leichte Schwangere weniger. In den letzten Wochen der Schwangerschaft nimmt das Körpergewicht um 1 kg im Mittel (bei 23% der Schwangeren aber über 2 kg) ab. Diese eigenartige Gewichtsabnahme ließ sich bei 96% aller Schwangeren nachweisen; ihr Beginn fällt zumeist auf den drittletzten Tag der Schwangerschaft. Aber bereits 20% der Schwangeren befinden sich im Beginn der letzten Schwangerschaftswoche wieder in Abnahme. Die Ursache der Gewichtszunahme liegt einesteils im Eiwachstum. Das Ei nimmt in den letzten 12 Wochen der Schwangerschaft um 3000 g zu; andererseits beruht die Gewichtszunahme auf einer Veränderung im mütterlichen Organismus; ungefähr 0,6 kg pro Monat fallen diesem Faktor zu. Die Gewichtsabnahme hat sich noch nicht eindeutig aufklären lassen. Zum Teil beruht sie auf einer Zunahme der Diurese, zum Teil auf einem Fettschwund der Schwangeren. Unter pathologischen Umständen sehen wir eine abnorme Gewichtszunahme vor allem bei stärkerem Hydrops gravidarum. Es ließ sich feststellen, daß in solchen Fällen die Diurese stets erheblich reduziert war, obwohl eine Albuminurie in den betreffenden Fällen (wenigstens zu Anfang) nicht bestand. Es handelt sich also um eine Wasserretention im Organismus infolge funktioneller, offenbar noch nicht anatomischer Schädigung der Niere. Ich muß aber betonen, daß es in der großen Mehrzahl der Fälle von noch leichtem Hydrops, auch wenn er über die unteren Extremitäten hinausgeht, zunächst nicht zu einer Gewichtsveränderung kommt, und daß auch die Harnmenge bei solchen Schwangeren normal ist. Die erstgenannte Form mit Wasserretention stellt demnach das zweite schwerere Stadium des Hydrops dar, mit Beteiligung der Nierenfunktion. Die Gewichtskontrolle bietet bei hydropischen Schwangeren ein ausgezeichnetes Mittel, um den Stand der Erkrankung zu verfolgen und die Behandlung danach einzurichten. Es hat sich gezeigt, daß bei eintretender Wasserretention, also bei abnorm starker Gewichtszunahme, der Hydrops unter Bettruhe und erheblicher Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr der Nahrung, unter Umständen unter Zuhilfenahme von Digitalispräparaten und Schwitzprozeduren in der Regel schnell zurückgeht. Eine abnorme Gewichtsabnahme in der Schwangerschaft finden wir einmal bei intrauterinem Fruchttod und zum anderen beim Rückgang des eben erwähnten Hydrops. Im Verlauf der Geburt nimmt das Körpergewicht um 10%, das sind 6 kg im Durchschnitt ab. Je größer die Kinder sind und je länger die Geburt dauert, um so stärker ist der Gewichtsverlust. Die Gewichtsabnahme hat ihre Ursache in dem Fortfall des Eies, sowie in dem Arbeitsverlust, welcher während der Geburt eintritt. Bisher war uns die Größe des Eigewichts deshalb nicht bekannt, weil sich die Fruchtwassermenge nicht genau ermitteln ließ. Berechnet man nun bei einem größeren Material den Gesamtgewichtsverlust während der Geburt für verschieden lange Geburtszeiten, so ergibt sich eine Kurve. An derselben läßt sich durch Extrapolieren der Nullpunkt recht genau konstruieren, d. h. derjenige Punkt, bei welchem jeglicher Gewichtsverlust durch Arbeit wegfällt. Hier bleibt allein der Eiverlust bestehen. Da das Mittel des Gewichts von Frucht und Plazenta bekannt ist, läßt sich somit die mittlere Fruchtwassermenge ermitteln; es ergeben sich daraus folgende Zahlen: Eigewicht im Mittel 4900 g (davon Fruchtwasser 1100 g, Frucht und Plazenta 3800 g), Blutverlust 200 g, Arbeitsverlust 65 g pro Stunde. Im Wochenbett findet nochmals ein Gewichtsverlust von 1,6 kg im Mittel in den ersten 10 Tagen statt. Bei Hydropischen fand sich an Stelle einer sonst $7^1/_2$ kg im ganzen betragenden Abnahme (in der Geburt und im Wochenbett) eine solche von $12^1/_2$ kg im Mittel. (Ärztl. Verein zu Marburg, 28. VI. 1916.)

Jores: **Über Hydrops congenitus.** Vortr. demonstriert mikroskopische Präparate eines einschlägigen Falles. Der 42 cm lange Fötus hatte allgemeine Hautwassersucht und erheblichen Aszites (400 ccm). Die Eihäute zeigten makroskopisch und mikroskopisch nichts Abnormes. Die Mutter, VI.-para, hatte Ödeme und eiweißhaltigen Urin. Es sollen auch andere Kinder von ihr gleiche Erkrankung gehabt haben. Die Sektion des Fötus ergab starke Vergrößerung der Milz (58 g) und Leber (200 g) und mikroskopisch die extramedullären Blutbildungsherde, in der Art und Zusammensetzung, wie sie Schridde zuerst nachgewiesen hat. Die Herde waren außer in Milz, Leber, Nieren auch in den Nebennieren nach-

weisbar. Das Vorkommen von Myeloblasten in den Herden konnte durch positiven Ausfall der Oxydasereaktion nachgewiesen werden. Auch konnte eine geringe Entwicklung des lymphatischen Gewebes, besonders in der Milz, bestätigt werden. Kernhaltige rote Blutkörperchen waren in allen Blutbildungsherden reichlich vorhanden. Eisenhaltiges Pigment war nur in den Leberzellen nachweisbar. Im Leichenblut waren Erythroblasten und Myeloblasten vorhanden, während Myelozyten, Leuko- und Lymphozyten nur sehr spärlich vorhanden waren. Vortr. erörtert die Anschauungen über das Wesen der Erkrankung, insbesondere die Frage, ob eine fötale Anämie oder Leukämie anzunehmen sei, oder eine Steigerung der Hämatopoëse mit nicht reparatorischem Charakter, und betont, daß eine Entscheidung über die bestehenden Kontroversen zurzeit noch nicht möglich sei.

(Ärztl. Verein zu Marburg, 28. VI. 1916.)

III. Therapeutische Notizen.[1]

Solarson, schon von Klemperer empfohlen, haben Prof. Dr. M. Joseph und Dr. J. Arnson (Berlin) intramuskulär bei Lichen ruber planus und Psoriasis angewandt und bemerkenswerte Erfolge erzielt. Das Präparat (Bayer & Co., Elberfeld), das Mono-Ammoniumsalz der Heptinchlorarsinsäure, kommt in Ampullen zu 1,2 ccm (= 0,003 Arsen) in den Handel. Verff. begannen mit 1 ccm (bei Kindern mit 0,6 ccm) pro dosi täglich und stiegen nach 10 Tagen auf 2 ccm; während der nächsten 20 Tage erfolgte jeden zweiten Tag eine Einspritzung bis 3 ccm, so daß im ganzen 45 g im ersten Monat gegeben wurden. Die Arsenwirkung schien rascher und intensiver zu erfolgen als bei anderen Arsenpräparaten. Die Injektionen waren schmerzlos und ohne Nebenwirkungen.

(Ther. d. Gegenw. Febr. 1916.)

Cignolin bei Psoriasis empfiehlt Prof. Dr. C. Bruck. Da nach seinen Erfahrungen die schwächeren und mittleren Konzentrationen von Cignolin sich nur bei einem Teil der Fälle genügend wirksam erwiesen, wurden Salben mit 5% Cignolin angewendet. Die Salbe wurde auf die kranken Stellen mit Borstenpinsel kräftig eingerieben und ein Verwischen über gesunde Partien möglichst vermieden. Die Wirkung war eine äußerst prompte. Schon nach 1—2 Tagen trat intensivste Hautfärbung und mäßige Entzündung auf, und die Herde heilten selbst bei inveterierten Fällen auffallend rasch ab. Nach 2—3 Tagen wurde ausgesetzt, 1—2 Tage mit indifferenten Salben oder Trockenpinselungen behandelt und dann wieder erneut Cignolin angewendet. In vereinzelten Fällen wurde bis zu 10%iger Konzentration gestiegen, ohne daß Verf. jedoch den Eindruck hatte, daß diese Konzentration therapeutisch mehr leistet als die 5%ige, bei der das Optimum der therapeutischen Wirkung zu liegen scheint. Schädigungen oder Unbequemlichkeiten hat Verf. bei seinen Patienten nicht gesehen; auch wurde niemals eine Generalisierung der Psoriasis oder eine Konjunktivitis beobachtet. In der Praxis elegans dürfte allerdings diese mit starker, wennzwar in einiger Zeit wieder verschwindender Verfärbung einhergehende intensive Behandlung nur mit Vorsicht anzuwenden sein. Nach den bisherigen Resultaten dürfte der Schluß berechtigt sein, daß in dem Cignolin zwar kein idealer Ersatz für das Chrysarobin gefunden, immerhin aber ein beträchtlicher Fortschritt erreicht ist. Daß es bedeutend intensiver wirkt als Chrysarobin, scheint fraglos. Neben dem Vorteil, der darin besteht, daß das Cignolin ein chemisch gut definierter Körper ist, während wir im Chrysarobin nur ein Gemisch verschiedener, zum Teil noch fraglicher Substanzen vor uns haben, dürfte der Hauptvorzug des neuen Präparates darin liegen, daß relativ mäßige Konzentrationen (5%) bezüglich Schnelligkeit der Wirkung bei mäßigen Entzündungserscheinungen einen therapeutischen Effekt erzielen können, wie er sonst nur mit ganz starken Chrysarobindosen und unter erheblichen inflammatorischen Reaktionen zu erreichen ist. Die Nachteile dieser Cignolinkonzentrationen bezüglich Haut- und Wäscheverfärbung sind dieselben wie bei der Chrysarobinbehandlung. (Derm. Wschr. 1916 Nr. 32.)

Über die erste Versorgung bei Nasenverletzungen. Von Dr. Eugen Schlesinger, beratendem Hals-, Nasen-, Ohrenarzt bei den Vereinslazaretten in Nürn-

---

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.



berg. Bei Nasenverletzungen wird meist das Innere der Nase vernachlässigt. Verwachsungen sind die Folge. Einfache Tamponade genügt, diese zu verhüten. Einige Verhaltungsmaßregeln müssen bei der Tamponade beachtet werden. Der Tampon muß zum Nasenloch herausragen; am besten wird er mit Heftpflaster befestigt werden, damit er nicht nach hinten rutschen kann. Vor allem aber ist wichtig, daß er mindestens täglich einmal gewechselt wird, damit keine Schädigung des Mittelohrs durch Infektion eintritt. Aus demselben Grunde empfiehlt es sich, Jodoformgaze zu gebrauchen. Der Eingriff erfordert nur einige Sekunden; das Material dazu ist immer vorhanden.
(M. m. W. 1916 Nr. 14, Feldärztl. Beil.)

* **Kohlensäurewundpulver zur vaginalen Pulverbehandlung.** Von Dr. Felix Mendel in Essen. Das Pulver, bestehend aus Natr. bicarb., Weinsäure und Zucker (Chem. Fabrik Dr. Klopfer, Dresden) entwickelte langanhaltende desinfizierende, anästhesierende und antiphlogistische Eigenschaften und bewährte sich ausgezeichnet, 1—3 mal täglich appliziert mittels des Sikkators oder besser eines von Verf. konstruierten Pulverbläsers (Gebr. Lappe, Essen). Das Kohlensäurewundpulver wurde hauptsächlich zur Beseitigung des Fluors angewandt, mochte dieser als Folge einer Allgemeinerkrankung auftreten oder seine Ursache in einer lokalen Reizung der Scheide, des Uterus oder seiner Adnexe finden. In allen Fällen wurde in kurzer Zeit eine auffällige Verminderung des Ausflusses, in vielen Fällen eine vollständige Beseitigung desselben erzielt. Eitrige Ausflüsse verloren während der Behandlung allmählich ihren purulenten Charakter, wurden schleimig, nahmen allmählich ab, um bald ganz zu sistieren. Gleichzeitig war ein Rückgang der Entzündungserscheinungen, besonders wenn es sich um entzündliche Veränderungen der Vagina und der Zervix handelte, zu konstatieren. Erosionen am Muttermund überhäuteten sich schnell nach diesem Wundpulver, übelriechende Ausflüsse, mochten sie von Pessarien, Ulzerationen oder anderen Ursachen herrühren, wurden bald geruchlos, was von empfindlichen Frauen oft spontan angegeben wurde. (M. m. W. 1916 Nr. 39.)

Behandlung der Diphtherie mit Myrrhentinktur. Von Dr. Ströll (München). Seit 1892, somit 24 Jahre, behandelt Verf. erfolgreich die Diphtherie mit Myrrhentinktur, und da er jetzt über 190 Fälle (mit nur 3 Todesfällen) verfügt, so glaubt er diese Behandlung in Erinnerung bringen zu dürfen. Sie besteht in innerlicher Darreichung von 4%iger Myrrhentinkturlösung und in Inhalationen von 0,1%iger Thymollösung. Die Verordnung lautet:

Rp. Tinct. Myrrh.
Glyzerin āā 8,0
Aqu. dest. ad 200,0
S. Nach Bericht.

Davon gibt man den Kindern in den ersten 2 Lebensjahren 1 Kaffeelöffel (5,0), größeren Kindern bis zum 15. Jahre 1 Kinderlöffel (10,0), nach dem 15. Lebensjahre und Erwachsenen 1 Eßlöffel (15,0). Die Arznei wird bei Tage 1stündlich und bei Nacht 2stündlich gegeben und darf nachts ja nicht ausgesetzt werden, bevor nicht bedeutender Schwund des Belages eingetreten ist. Zur Inhalation, welche nur tagsüber 1stündlich vorzunehmen ist, und bei Nacht nur in sehr schweren Fällen und bei Kehlkopfdiphtherie 2stündlich nötig ist, diene folgende Lösung:

Rp. Thymol 0,5
Alkohol. absolut. 5,0
Aqu. dest. tepid. ad 500,0
S. Zum Inhalieren.

Die Ablösung des Belages beginnt nach 36 bis spätestens 72 Stunden. Hat der Belag sehr bedeutend abgenommen, so ist seltener (2—3stündlich) zu inhalieren. Der Erfolg der Myrrhentinktur besteht in der Hervorrufung einer Leukozytose, wodurch dann der Organismus in der Lage ist, wirksamer gegen die Diphtheriepilze und deren Toxine anzukämpfen. (Allg. m. Ztg. 1916 Nr. 37.)

Rachitistherapie ohne Lebertran. Von Priv.-Doz. Dr. Th. Gött. (Aus der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing.) Verf. hat mit Candiolin gute Erfolge erzielt und den Eindruck gewonnen, daß das Mittel den Phosphorlebertran zu ersetzen vermag. (D. m. W. 1916 Nr. 38.)

Praktische Erfahrungen mit Candiolin. Von Dr. E. O. Burchard in Berlin. Im Anschluß an die Ausführungen von Impens, deren Ergebnisse an Stoffwechsel-

untersuchungen und systematischen Tierversuchen zeigten, daß das Kalziumsalz der Kohlehydratphosphorsäure bzw. das sie enthaltende Präparat Candiolin im Haushalte wachsender Individuen eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, hat Verf. fortlaufend Versuche mit diesem Präparat bei Kindern angestellt. Es wurden zu diesen Versuchen 50 Packungen zu 100 Candiolin-Tabletten à 1 g verbraucht.[1]) Nach einigen Tastversuchen bei allgemein unterernährten Kindern während der ersten 4 Wochen, welche das Resultat ergaben, daß das Candiolin im allgemeinen durchaus gut vertragen wurde, keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens machte, vielmehr eine deutliche Besserung des Kräftezustandes und in mehreren Fällen nachweisliche Gewichtszunahme bis zu 3 und 4 Pfund bewirkte, ging Verf. zu systematischen Versuchen über. Vorausschickend möchte er bemerken, daß bei diesen sich über länger als 6 Monate erstreckenden Versuchen niemals irgendwelche bemerkenswerten Nebenerscheinungen unangenehmer Art sich zeigten. In 2 oder 3 Fällen trat bei kleineren Kindern, die nach Angabe der Mutter ohnehin zur Obstipation neigten, eine leichte Stuhlverstopfung auf, welche in wenigen Tagen ohne medikamentöse Behandlung durch zweckmäßig geregelte Diät sich beseitigen ließ, ohne daß das Mittel ausgesetzt zu werden brauchte. Die zu den Versuchen ausgewählten Kinder lassen sich in 3 Gruppen teilen:

1. solche mit allgemeiner Rachitis ohne besondere anderweite Krankheitserscheinungen,
2. rachitische Kinder mit deutlichen Erscheinungen gleichzeitiger Skrofulose,
3. rachitische Kinder mit Reizerscheinungen seitens des Nervensystems.

In allen 3 Gruppen war eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens, des Kräfte- und Ernährungszustandes unverkennbar. Am gleichmäßigsten zeigte sie sich bei den Kindern der 1. Gruppe, welche durchweg an Gewicht zunahmen und in ihren Lebensfunktionen reger wurden. Schwankender waren die Bilder naturgemäß in der Gruppe der gleichzeitig mit Skrofulose behafteten Kinder. Eine regelmäßige Gewichtszunahme war in Fällen schwerer Abszedierungen, skrofulöser Ohrerkrankungen, Ausschläge und Entzündungen nicht festzustellen. Wohl aber trat in mehreren dieser Fälle bereits nach 8 tägigem Einnehmen des Candiolins ein Stillstand des bisherigen Kräfteverfalls und des bedrohlich sinkenden Körpergewichts ein. In 3 Fällen dieser Art, bei denen Verf. die Behandlung mit Candiolin durch mehrere Monate durchführte, zeigte sich ganz allmählich eine Besserung des Allgemeinbefindens und eine langsame Zunahme des Körpergewichts, wie Verf. sie in entsprechenden, nicht mit Candiolin behandelten Fällen von Skrofulose bei ausgesprochen rachitischen Kindern nicht beobachtet hat. Am interessantesten, aber bis jetzt noch am wenigsten abgeschlossen sind die Beobachtungen an den Kindern der 3. Gruppe. Es handelte sich hier um rachitische Kinder von 6 Monaten bis zu 8 Jahren, bei denen nervöse Reizzustände von leichter Erregbarkeit bis zu epileptiformen Krampfanfällen in verschiedener Art und Stärke auftraten. Die Besserung des Allgemeinbefindens entsprach auch bei den Kindern dieser Gruppe den günstigen Beobachtungen bei denen der ersten. Ein Rückgang der Spasmophilie war in 2 Fällen (3 bzw. 5 Jahre alte Kinder) besonders auffallend. In beiden Fällen handelte es sich um rachitische Weichheit der Schädelkapsel, verbunden mit Deformation. In dem einen traten Wutanfälle mit nachfolgender Bewußtlosigkeit, in dem anderen Zuckungen der Gesichtsmuskulatur choreatischer Art auf. Beide Kinder haben die spasmophilen Erscheinungen bei erheblicher Gewichtszunahme (4—5 Pfund) nach 3 Monaten Candiolin-Darreichung verloren. In der Dosierung des Mittels ging Verf. individualisierend vor, meistens mit 2 g pro Tag beginnend und nach dem Alter der Kinder auf 4—6 g steigend.

(D. m. W. 1916 Nr. 26.)

[1]) Das Mittel gelangt sowohl in Tabletten wie als Pulver in den Handel. 25 g reichen etwa für 8 Tage.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. August 1917. Nr. 8.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

C. v. Pirquet, Die Paravakzine. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 309). Paravakzine ist eine eigentümliche Hautinfektion, die gelegentlich nach Impfung mit Kuhpockenlymphe eintritt, am häufigsten bei Anwendung abgeschwächter Lymphe und bei schwacher Skarifikation der Haut. Sie ist klinisch charakterisiert durch langsame Ausbildung eines intensiv roten, stark erhabenen Knötchens (der paravakzinalen Papille), die in der zweiten Woche nach der Impfung einen Durchmesser von 4—6 mm erreicht, in der dritten Woche abblaßt und später spurlos verschwindet. Die Paravakzine kommt sowohl bei Revakzinierten als auch bei Erstvakzinierten vor, ist also nicht eine allergische Modifikation der echten Vakzine. Sie läßt sich sowohl auf denselben als auch auf einen anderen Menschen übertragen und behält dabei ihren von der Vakzine verschiedenen Charakter. Sie hinterläßt weder Immunität noch Allergie gegen nachfolgende Infektion mit Vakzine; dagegen Allergie gegen weitere paravakzinale Infektion. Sie dürfte durch einen Parasiten bedingt sein, der neben dem echten Vakzineerreger in der Kälberlymphe vorkommt. Die Kenntnis der Paravakzine ist für den praktischen Arzt ungemein wichtig, da sie vakzinale Effekte vortäuscht. Schick.

A. Reiche, Das Wachstum der Frühgeburten in den ersten Lebensmonaten. II. u. III. Mitteilung. (Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus Berlin.) (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 332 u. S. 349.) 2. Mitteilung: Ende des siebenten und Anfang des achten Fötalmonates beginnt beim Menschen eine Periode des Dickenwachstums. Die fötale Entwicklung des Brustkorbes ist für die Lebensfähigkeit der vorzeitig geborenen Kinder von großer Bedeutung. Kinder mit einem Brustumfang unter 21 cm sind nicht lebensfähig, diejenigen mit einem Brustumfang unter 23 cm haben noch eine zweifelhafte Prognose. Mangelhafte Entwicklung des Brustkorbes ist möglicherweise einer der Gründe für das Auftreten asphyktischer Anfälle.

Die Wachstumskurve des Kopfumfanges geht in den letzten Fötalmonaten der Brustumfangskurve fast parallel und flacht sich erst in den ersten Monaten nach der rechtzeitig erfolgten Geburt ab. Chronische Erkrankungen, wie Rachitis und Lues congenita, üben einen deutlichen hemmenden Einfluß auf das Brust- und Schädelwachstum aus.

Die 3. Mitteilung bezieht sich auf das Wachstum von Zwillingsgeburten: Durch die Entwicklung mehrerer Kinder im Mutterleibe

wird das Wachstum der Geschwisterkinder meist gleichmäßig in geringem Maße beeinträchtigt, und zwar in der Regel das Massenwachstums, nur in Ausnahmsfällen das Längenwachstum. Auch die vorzeitig geborenen Kinder versuchen schon in den ersten Lebensmonaten diesen Verlust wieder einzuholen. Die Wachstumskurven der Zwillingskinder gehen, solange keine interkurrenten Krankheiten störend einwirken, parallel zueinander; auch diejenigen der Kinder, bei denen ein größerer Wachstumsunterschied bei der Geburt bestand. Die Wachstumsverhältnisse des Brust- und des Kopfumfanges werden kaum von der Mehrlingsschwangerschaft beeinflußt. Bei den einzelnen Geschwisterkindern gehen auch diese Kurven parallel zueinander. Schick.

Bernheim-Karrer, Über den Einfluß der Milchzersetzung auf die Entstehung akuter Verdauungsstörungen der Säuglinge. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIII. S. 435.) Es wurden 80 zum Teil frühgeborene, zum Teil in Reparation von chronischen Ernährungsstörungen befindliche, zum Teil noch dekomponierte Säuglinge mit sorglos in der Milchküche aufbewahrter Milch ernährt. 45% zeigten, trotzdem die Milch oft zersetzt war, keine Störungen, 30% wiesen Durchfälle auf, deren Ursache eine parenterale Infektion (Influenza) war. 15% hatten alimentär bedingte Dyspepsien, und nur bei 9% konnte die Säuerung der Milch für die Darmstörung verantwortlich gemacht werden. Es ergibt sich daraus, daß die Milchzersetzung im Haushalt zum mindesten keine ausschlaggebende Rolle bei der Auslösung der Sommerdurchfälle spielt. (Daraus folgt natürlich nicht, daß unsere jetzigen Anforderungen an eine tadellos gewonnene und transportierte Milch herabgesetzt werden dürfen. Ref.) Schick.

Carl Schiötz, Wachstum und Krankheit. Schulhygienische Studien. (Ebenda. XIII. S. 393.) Untersuchungen, die eigentlich wegen des Verhaltens des Wachstums zum endemischen Kropf vorgenommen wurden. Unter Kindern mit dieser Erkrankung überwogen am meisten zwischen 11 und 14 Jahren die Mädchen. Er findet, wie auch andere Autoren, den günstigen Einfluß besserer Hygiene auf das Wachstum. Interessant ist, daß die strumösen Kinder (Arbeitertöchter) in allen Jahresklassen eine größere Länge besitzen wie die strumafreien, was dahin zu verwerten ist, daß höherer Wuchs für endemischen Kropf disponiert, daher die populäre Vorstellung richtig ist, daß das Kind krank (richtiger krankheitsdisponiert) wird, weil es stark wächst. Verf. bespricht den wachstumsfördernden Einfluß, den eine gesteigerte Schilddrüsenfunktion haben kann, und weist darauf hin, daß die Stadtbevölkerung großwüchsiger sei als die Landbevölkerung. Holmgren sieht hierfür die Ursache in der größeren Häufigkeit der Infektionskrankheiten, die imstande seien, die Schilddrüsenfunktion anzuregen. Verf. hält diese Auffassung für unrichtig, da die arme Bevölkerung der Städte kleinwüchsig ist, trotzdem sie am meisten an Infektionskrankheiten erkrankt. Verf. meint, daß die einsame, versteckte Lage vieler Gebirgstäler, der Mangel an Anregung, das ewige Einerlei die Disposition für endemischen Kropf steigere, während das nervenreizende Leben der Großstadt ein Übermaß der Schilddrüsentätigkeit begünstigt,

wodurch auch das Wachstum gefördert wird. Verf. betont überdies, daß man die große Gesundheit der Landkinder nicht allzusehr berühmen solle. Die frische Luft werde nicht ausgenützt, die Schlafräume sind dunkel und ungesund, auch die Milch wird nicht im Hause verbraucht, sondern verkauft. Der Kropf ist nach Verf.'s Ansicht ein Symptom — eine klinisch erweisbare Hypertrophie eines im Verhältnis zu den funktionellen Anforderungen insuffizienten Organs.

Ähnliche Steigerung der Disposition für Krankheitsvorgänge in den Wachstumsjahren findet sich für Tuberkulose und orthotische Albuminurie, Schulanämie, Chorea u. a. Aus den Erfahrungen des Verf.'s ist noch die Tatsache der geringeren Widerstandskraft der Mädchen, ihre ungleich größere Kränklichkeit zu erwähnen. Diese ist am deutlichsten zwischen 11. und 15. Lebensjahr, weshalb Verf. die gemeinsame Schule nach dem 11. Lebensjahr verwirft. Das hohe Maß der Arbeitszeit, das Stillsitzen ist unvereinbar mit der Gesundheit während der Entwicklungszeit.

Auch die Jahreszeiten haben Einfluß auf das Wachstum und damit auf die Krankheitsdisposition. Das geringste Längenwachstum findet sich von August bis Mitte Dezember, das Höchstmaß des Wachstums Ende April bis Ende Juli. Gerade in die letzte Zeit fallen leider die Schlußprüfungen der Schule. Die geringe Kränklichkeit im Herbst hat nicht nur seinen Grund in dem kräftigenden Einfluß der Sommerferien, sondern auch in den obenerwähnten Wachstumsverhältnissen. Schick.

Heinrich Egyedi, Eine Kombination von syphilitischem Primäraffekt der Vulva mit isolierter Vulvitis diphtherica. (Aus dem Epidemielaboratorium des Militär-Generalgouvernements in Lublin.) (D. m. W. 1916. Nr. 44.)

Am 2. August 1916 kam das sieben Jahre alte Bauernmädchen J. K. zur Untersuchung. Das schwach gebaute, sehr herabgekommene Kind klagt seit zwei Tagen über Schmerzen in der Schamgegend und Beschwerden beim Gehen. Von Kinderkrankheiten hat das Kind nach Angabe der Mutter bloß Varicella überstanden, an Halserkrankungen hat sie nie gelitten. Die großen Labien — das linke weniger — sind innen und außen mit einer graugelben (speckigen) Membran belegt, die Vulva ist gerötet und scheidet eine serös-eitrige Flüssigkeit aus. Die Inguinaldrüsen beiderseits mäßig vergrößert, aber schmerzlos; Rachen, Mandel, Nasenhöhle, wie Halsdrüsen unverändert. Die Körpertemperatur beträgt 37,7, Pulsfrequenz 104. Die inneren Organe weisen keine Krankheitssymptome auf. Die von der Membran angefertigten Ausstrichpräparate (mit Gram, Fuchsin, Methylenblau gefärbt) zeigen Diphtheriebazillen in haufenweiser Anordnung als beinahe allein anwesende Bakterien, nur hier und da mit Gram-positiven Kokken vermengt. Spezifische Färbung nach Neisser weist typische Formen auf mit regelmäßigen Polkörnern. An der Löfflerplatte wachsen schon nach 16 Stunden üppige Diphtheriekolonien neben wenigen Kolonien des Staphylococcus citreus.

Auf Grund des Ergebnisses wird das Mädchen ins Kinderspital gebracht, wo sogleich eine Seruminjektion (4000 Immunitätseinheiten) vorgenommen wurde, als deren Resultat die Temperatur schon am folgenden Tage auf die Norm sank, um erst nach drei Tagen wieder zu subfebriler Temperatur anzusteigen. Diese hält dann mit kurzen Intermissionen zwei Wochen an. [Dieser zweite Anstieg der Temperatur vom 7. August an ist aber offenbar keine diphtherische Erscheinung, sondern — wenn auch selten in so frühen Stadien (etwa fünfte Woche nach der Inokulation) — schon als erstes Zeichen der luetischen Allgemeininfektion aufzufassen.] Das lokale Bild ändert sich auch insofern, als schon am nächsten Tage die Membranen schwinden; die Hyperämie und Schwellung läßt aber nur wenig nach, und an Stelle der Membranen bleiben breite, flache, wenig sezer-

nierende Geschwüre zurück. Die Behandlung mit Kal. hyperm. bringt in den folgenden Tagen keine Besserung. Die Geschwüre vergrößern sich und bekommen eine immer härtere Umgebung. Es wird vom reichlichen Reizserum eine Spirochätenuntersuchung vorgenommen (Dunkelfeld, Tuschpräparate, Giemsa), welche eine Unmenge von typischen Syphiliserregern ergibt. Transferierung ins venerische Spital.

Die Reinkultur wurde zur Bestätigung der Diagnose Diphtherie — wenn auch die Ausstrichpräparate hierüber keinen Zweifel zuließen — weiter geprüft: Auf Glyzerinagar üppig-schleimiges, auf Agar spärliches Wachstum, hier und dort mit Verzweigungen. Milch wird nicht koaguliert, auf Gelatine sind in drei Tagen keine Kolonien aufgegangen. Auf Bouillon und Traubenzuckerbouillon feinkörniges Wachstum mit Bildung von Bodensatz. Die auf Bouillon in 24 Stunden gebildete Säure entspricht 1,4 ccm $^{1}/_{10}$ normaler Lauge. Indol schwach positiv. Verimpfung 0,75 ccm der 24stündigen Bouillonkultur tötet Meerschweinchen erst in sieben Tagen, ist also für dasselbe wenig pathogen. Krankheitssymptome: Nach 24 Stunden häufiges Entleeren von blutigem Urin, vom zweiten Tage angefangen geringe, später keine Nahrungsaufnahme, Schwäche, strake Abmagerung. Exitus. Sektionsbefund: An der Impfstelle in breiter Strecke narbige Verwachsung der Haut mit der darunter liegenden Bauchmuskulatur, weiter ringsherum Membranen mit weniger vorgeschrittener Organisation und sulziges Ödem mit Blutungen durchsetzt. Niere und Nebenniere hyperämisch, Pleuraexsudat nicht vorhanden. Ausstrichpräparate und Kultur ergaben an der Impfstelle, sowie von der sulzigen Masse zahlreiche Diphtheriebazillen.

Das Vorhandensein der Primäraffekte wurde einerseits durch den weiteren klinischen Verlauf, anderseits durch Wassermannsche Probe bestätigt. Befund am 28. August: Das rechte wie linke Labium stark infiltriert, livid verfärbt, mit breitem, oberflächlichem Geschwür — als Hilfsmoment für die sukzessive Inokulation der linken Schamlippe dürfte wohl der durch den Diphtherieprozeß bedingte stärkere Ausfluß gelten —; in der Inguinalgegend nußgroße, harte, indolente Drüsen, die zervikalen und retroaurikularen Drüsen vergrößert. Wa.-R. am 26. August positiv (+ +).

Über den Infektionsmodus konnte Folgendes ermittelt werden: Der Verdacht der Mutter und die Aussage des Kindes, wonach ein in demselben Hause wohnhafter alter Maurer das Mädchen infiziert hat, wurde einerseits durch das bei dem Beschuldigten konstatierte rezente Ulcus durum, anderseits durch das Verhör der Nachbarn bestätigt, vor denen sich der Verbrecher mit seiner Tat noch gerühmt hatte.

Die Frage, woher die Superinfektion mit Diphtherie entstand, konnte Verf. befriedigend nicht lösen. In der Zeit der Erkrankung waren nämlich in der Stadt nur drei Diphtherieerkrankungen, in der Umgebung des Kindes aber kein einziger Fall. Auch hat in den letzten Monaten die Diphtherie nie stärkere Ausbreitung angenommen, wodurch man mit einer größeren Zahl von Bazillenträgern rechnen müßte. Unter solchen Umständen erscheint also eine Infektion durch Kranke oder Bazillenträger als unwahrscheinlich. Die zweite Möglichkeit, daß das Mädchen selbst die Bakterien als Bazillenträgerin hatte oder überhaupt vom Rachen aus die Infektion erfolgte, wurde dadurch entkräftet, daß das wiederholte Kultivieren vom Rachenabstriche keine Diphtheriebazillen ergab. Es wurde nur in geringer Zahl Corynebacterium fusiforme gefunden. Es ist demnach nicht von der Hand zu weisen eine dritte übrigbleibende Erklärung, daß nämlich die schon längere Zeit vor der Infektion angesiedelten und in der Vulva anwesenden Diphtheriebazillen eventuell Pseudodiphtheriebazillen in dem Primäraffekte einen guten Boden fanden und ihre pathogene Tätigkeit entfaltet haben. Das letztere Moment,

nämlich die nur durch die luetische Veränderung zustandegekommene höhere lokale Disposition, scheint auch den Umstand zu erklären, daß der Prozeß auf der Vulva isoliert blieb, trotzdem die bazillenhaltige Flüssigkeit bei der ersten Untersuchung mit der Zeit bis zu Tropfen heranwuchs.

Zur Bestätigung dieser Ansicht und als Beweis der Haltbarkeit der Bazillen in der Vulva möchte Verf. die Tatsache anführen, daß nach über drei Wochen Krankheitsdauer am 25. August sich noch im Ausstriche vereinzelte diphtherieähnliche Bazillen vorfanden, welche sich bei der Kultivierung als noch lebensfähige Diphtheriebazillen erwiesen. Es ist wohl ein nicht geringer Beweis der Widerstandsfähigkeit dieses Mikroorganismus, daß er — oberflächlich gelegen und dadurch zugänglich für Desinfizientien — doch den Spülungen mit Kal. hyperm., dann täglicher Bestreuung mit Kalomel trotzte. Grätzer.

L. Korach (Hamburg), Über traumatischen Scharlach. (D. m. W. 1917. Nr. 1.) Verf. schildert einen interessanten Fall. Ein junger Arzt, der, bisher trotz wiederholter Gelegenheit zu einer Scharlachinfektion von dieser verschont geblieben, akquiriert die Krankheit, als er, kurz nachdem er sich eine frische Handwunde zugezogen, mit Scharlachkranken in direkte Berührung kommt. 48 Stunden nach der Verletzung und direkten Berührung mit dem Scharlachvirus Entwicklung einer Lymphangitis scarlatinosa. Am dritten Tage schwere Allgemeinerscheinungen, Beginn des Scharlachexanthems am Halse, am vierten Tage Ausbreitung des Exanthems, beginnende Angina, 24 Stunden später vollständig entwickelter Scharlach mit typischer Lokalisation. Grätzer.

Josef Kudrnáč, Zur Therapie der Pneumokokkeninfektion des Auges (Pneumokokkenkonjunktivitis) durch Optochin. (Aus dem Krankenhaus Horvitz.) (D. m. W. 1917. Nr. 3.) Im April und Anfangs Mai hatte Verf. Gelegenheit, eine Endemie von Pneumokokkenkonjunktivitis unter den Kindern des Waisenhauses zu beobachten.

Die klinischen Symptome verliefen stürmisch, so daß der zuerst konsultierte Arzt akutes Trachom diagnostizierte und die Kinder in das Krankenhaus überwies. Die sofort vorgenommene Untersuchung sämtlicher Kinder ergab noch mehrere Fälle, teils in beginnender Entwicklung, teils auf der Höhe der Krankheit.

Der klinische Verlauf stellte sich folgendermaßen dar: Ohne große subjektive Beschwerden begann der Prozeß meistens gleichzeitig auf beiden Augen. Nur ausnahmsweise — in zwei Fällen — entwickelte sich die Krankheit zuerst auf einem Auge, um nach einwöchiger Dauer auf das bisher nicht betroffene Auge überzugehen. Leichtes Lidödem mit Rötung der Conjunctiva tarsi und Schwellung der Übergangsfalten leitete den Prozeß ein. Die starke Beteiligung der Übergangsfalten war besonders in den Fällen auffallend, die früher eine Keratoconjunctivitis ekzematosa durchgemacht hatten und noch durch Maculae corneae die Spuren der vorangegangenen Affektion aufwiesen.

Binnen zwei, höchstens drei Tagen nach Beginn der Krankheit waren hier die Übergangsfalten in starke Wülste verwandelt, so daß sie bei Ektropionierung des unteren Lides stark emporragten — in analoger Weise, wie man dies bei Conjunctivisis ekzematosa zu sehen gewohnt ist. Und nicht nur die untere, sondern bald darauf auch die obere Übergangsfalte zeigte diese Veränderung.

Bei allen diesen Kranken beobachtete man neben den Hornhauttrübungen auch Rhinitis chronica, Schwellungen der Pharynxschleimhaut, erbsengroße lymphatische Knoten am Halse und in der Nackengegend — also eine manifeste ekzematöse Dyskrasie, die wahrscheinlich eine prädisponierende Rolle für so starke Beteiligung der Übergangsfalten spielte. Dort, wo keine Symptome dieser exsudativen Diathese nachzuweisen waren, war die Falte gerötet und mäßig geschwollen.

Die Conjunctiva bulbi war immer stark beteiligt. Vier, höchstens fünf Tage nach Beginn war sie stark injiziert, besonders in der Nähe des Hornhautrandes, in der Höhe des Lidspaltes beiderseits mit einem Stich ins Bläuliche, wie man das bei keiner anderen Bindehautentzündung zu sehen pflegt. Außerdem war die Konjunktiva immer mehr oder minder aufgelockert, so daß es bei einigen Fällen zu wirklicher Chemosis kam.

Im weiteren Krankheitsverlauf entwickelten sich bei der Mehrzahl der Fälle Follikel in der entzündeten Bindehaut, und zwar zuerst im äußeren Winkel des unteren Lides, um sich langsam und nur spärlich weiter stets nur in der Konjunktiva des unteren Lides zu verbreiten. Dies war auch die Ursache, warum der konsultierte Arzt ein akutes Trachom diagnostiziert hatte. Im Ausstrichpräparat reichlich Pneumokokken. Die Pneumokokken waren auf der Höhe der Krankheit im mikroskopischen Bilde reichlich nachzuweisen; nach einigen Tagen waren sie fast verschwunden, nur mehr vereinzelt vorhanden.

Es handelte sich also nicht um Trachom, sondern um einen harmlosen follikulären Katarrh, den die starke Infektion durch Pneumokokken verursacht hatte. Der weitere Verlauf hat dies bewiesen; nie war der Tarsus stark infiltriert, so daß die Mündungen der Meibomschen Drüsen dauernd sichtbar blieben; nie wurde die Hornhaut in den Prozeß einbezogen, in keinem Falle ist es zum Pannus gekommen, die Follikel verschwanden schließlich vollkommen, ohne Narben zu hinterlassen.

Von Beschwerden ist mäßige Schleimsekretion, starker Tränenfluß und geringe Lichtscheu zu nennen.

Besonders erwähnenswert scheint folgender Fall zu sein:

P. H., zwölf Jahre alt, am 15. Mai 1916 im Krankenhause aufgenommen. Heute erkrankt. Starke Kopfschmerzen, Mattigkeit, Husten, Schmerzen beim Schlucken. Temperatur 40°.

An Lungen, Herz, Abdomen nichts Pathologisches nachzuweisen. Tonsillen geschwollen, Rachenschleimhaut gerötet. Trockener Husten, kein Auswurf, keine Atemstörungen.

Temperatur ist am vierten Tage nach Krisis völlig abgefallen. Interessant ist aber, daß nach dem Abfall der Temperatur die Augenerkrankung sich zeigte und in der oben geschilderten Weise sich entwickelte. Es handelte sich also

offenbar um eine Pneumokokkeninfektion, die zuerst die Tonsillen, dann die Augen betroffen hat.

So wie in diesem Falle die Angina den ganzen Prozeß eingeleitet hat, so hat Verf. in einem anderen Falle wiederum die Angina an die bestehende Augenerkrankung sich anschließen sehen.

F. S., 10 Jahre alt, am 15. Mai 1916 aufgenommen. Beiderseitige Pneumokokkenkonjunktivitis. Am 20. Mai Fieber 38,4°. Klinischer Befund: Angina, bretthart Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen an der linken Seite.

Die Therapie der Konjunktivitis bestand zuerst in Duschierung mit Argentum nitricum, Einträufelung von Zincum sulfuricum, Natrium biboracicum. Diese Therapie hat keine besonderen Resultate gezeigt.

Deshalb hat Verf. nach der Kenntnis der Ätiologie den Versuch mit Optochin gemacht. Nach Anästhesierung mit Kokain wurde eine 2%ige Lösung von Optochin hydrochloricum dreimal täglich eingeträufelt, so wie es Schur für die Behandlung des Ulcus corneae empfohlen hat. Der Erfolg war überraschend. Der intensive Katarrh der Bindehaut war schon 24 Stunden nach der ersten Instillation fast verschwunden. In den folgenden 24 Stunden, also 48 Stunden nach Beginn der Behandlung, waren mittelschwere Fälle schon klinisch als gesund anzusehen; die schwersten nach drei Tagen. Ohne Optochinbehandlung dauerte die Krankheit durchschnittlich fünf Wochen. Im mikroskopischen Bilde konnte Verf. zu dieser Zeit kaum mehr Pneumokokken auffinden.

Da Verf. das Kokain — um ein reines Bild der Optochinwirkung zu gewinnen — ausschalten wollte und 2%ige Lösungen ohne dieses unangenehmes, starkes Brennen verursachten, hatte Verf. in weiteren sechs Fällen 1%ige Lösungen viermal täglich angewandt; zuerst wurde Kokain ganz weggelassen, dann in sehr geringen Dosen angewandt; die Beschwerden für die Patienten waren gering, die Erfolge nicht minder gut. Verf. kann diesen Modus bei dieser Krankheit warm empfehlen.

Der praktische Wert dieser spezifischen Behandlung ist für den Arzt und vor allem auch für den Amtsarzt sehr erheblich. Die rasche, erfolgreiche und dabei sehr einfache Bekämpfung der epidemisch oder endemisch auftretenden Pneumokokkenkonjunktivitis gibt ihnen die Möglichkeit, den Prozeß rasch zum Stillstand zu bringen und weitere Verbreitung der Krankheit auf diese Weise zu verhindern. Grätzer.

Fr. Rolly, Bazillenträger, ihre Entstehung und Bekämpfung. (Aus der Med. Klinik und dem Krankenhaus St. Georg in Leipzig.) (M. m. W. 1916. Nr. 34.) Aus Verf.'s Versuchen erhellt, einen wie großen Einfluß die Schleimhaut auf die auf ihr vegetierende Bakterienflora auszuüben vermag. Vor allen Dingen steht fest, daß durch irgendwelche Desinfizientien den Bakterien auf den Schleimhäuten nicht beizukommen, noch die Zusammensetzung der Bakterienflora zu ändern ist. Will man deswegen bei den Bazillenträgern die pathogenen Keime auf den Schleimhäuten entfernen, so haben nur solche Methoden Aussicht auf Erfolg, welche die Schleimhaut in ihrer Tätigkeit zu beeinflussen vermögen.

Da Verf. nun vor bereits 3 Jahren mit Versuchen beschäftigt war, welche den Einfluß der ultravioletten Strahlen auf die Haut, Schleim- und seröse Häute und Bakterien zum Gegenstand hatten, so hat Verf. auch die Einwirkung dieser Strahlen auf die Mundschleimhaut und auf die Bakterienflora der Mundhöhle einem genauen Studium unterzogen. Als Lichtquelle diente die sogenannte künstliche Höhensonne. Die Mundhöhle der Patienten wurde in einem Abstand von 35—40 cm von der Lichtquelle bestrahlt, indem bei den liegenden Patienten durch einen Mundsperrer der Mund offen gehalten und mittels eines gewöhnlichen Glasspatels die Zunge niedergedrückt wurde. Die stark hautreizende Lichtwirkung der Strahlen wurde durch sorgfältiges Abdecken der Gesichtshaut der Patienten und namentlich der Lippen ausgeschaltet.

Es ist seit langem bekannt, daß die ultravioletten Strahlen nur die ganz auf der Oberfläche von festen oder flüssigen Substraten liegenden Keime abtöten, und keineswegs in die Tiefe wirken. Demnach kann bei den vielen Buchten und Falten, wie sie die Mundhöhle bietet, bei Vorhandensein von Schleim, in welchem die Bakterien häufig eingebettet liegen, und da die in der Nase vorhandenen Bakterien einer Bestrahlung überhaupt nicht zugänglich sind, eine Abtötung vieler Bakterien durch die ultravioletten Strahlen nicht zustande kommen. Dagegen war anzunehmen, daß bei einer Beeinflussung der Mundschleimhaut durch die Strahlen und durch eine folgende Entzündung die Bakterienflora sich ändern würde.

Verf. sah nach der Bestrahlung der Mundhöhle von Diphtheriebazillenträgern, wobei die einzelnen Patienten sich graduell sehr verschieden verhielten, nach kürzeren oder längerdauernden Bestrahlungen ein Erythem oder oberflächliche Verschorfungen und Ulzerationen mit leichten Schwellungen und Schluckbeschwerden auftreten. auch ganz geringe Temperatursteigerungen (stets unter $^1/_2{}^0$ C); aber schwerere Erscheinungen und Veränderungen im Rachen hat Verf. niemals konstatieren können.

Die ersten 4 Diphtheriebazillenträger, deren Mundhöhle Verf. mit ultravioletten Strahlen auf solche Weise behandelte, wurden nach je 3—9 maligem Bestrahlen von 4—10 Minuten langer Dauer an ebensovielen aufeinanderfolgenden Tagen bazillenfrei. Bei weiteren Untersuchungen zeigte sich, daß auch hierbei Versager vorkommen. Und zwar stellte es sich heraus, daß besonders bei solchen Fällen die ultravioletten Strahlen nur einen geringen Einfluß auf die Bakterienflora der Mundhöhle ausübten, bei welchen sie keine genügende Gewebsentzündung hervorgerufen hatten und die Patienten also relativ unempfindlich des Strahlen gegenüber waren. Blieb der gewünschte Erfolg aus, dann konnte aber regelmäßig eine Änderung der Bakterienflora der Mundhöhle nach den Bestrahlungen konstatiert werden, insofern die Diphtheriebazillen stets eine Abnahme im Vergleich zu den anderen die Mundhöhle bewohnenden Bakterien, besonders Pneumokokken, erfahren hatten. Insofern war also ein Unterschied in der Zusammensetzung der Bakterienflora zwischen abgebundenen Darmteilen und der Mundhöhle zu erkennen, als hier in der Mundhöhle nach der Entzündung besonders die auch sonst auf ihr vege-

tierenden Keime sich vermehrten, in abgebundenen Darmteilen dagegen nicht in erster Linie das Bacterium coli. Der Unterschied hängt sicherlich damit zusammen, daß nach der Entzündung in den abgebundenen Darmteilen die Zusammensetzung des Inhaltes abnorm wird, in der Mundhöhle aber eine abnorme Zusammensetzung des Inhaltes durch den Schluckakt verhindert wird. Der Endeffekt ist jedoch derselbe, da die Zusammensetzung der Bakterienflora sowohl in der Mundhöhle wie in dem Darmteil nach Aufhören der Entzündung wieder die normale war.

Auch möchte Verf. nicht unerwähnt lassen, daß Verf. die Bestrahlungen bei 2 Diphtheriebazillenträgern, bei welchen Bestrahlungen mit ultraviolettem Lichte allein nicht zum Ziele geführt hatten, noch mit gleichzeitiger Infektion von Staphylococcus aureus und Pneumokokken verband, indem Verf. stets nach den Bestrahlungen Agarkulturen der genannten Bakterien auf die bestrahlten Mundschleimhautpartien 3 und 6 Tage lang täglich einrieb. Der Erfolg war gut, die Diphtheriebazillen waren verschwunden. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob dieses kombinierte Verfahren der einfachen Bestrahlung vorzuziehen ist. Alleiniges Einführen dieser Bakterien ohne gleichzeitige Beeinflussung der Schleimhaut hatte in weiteren Fällen, wie Verf. sich überzeugte, nicht den gewünschten Einfluß.

Bei zwei der ohne Erfolg mit ultravioletten Strahlen behandelten Diphtheriebazillenträger trat im Verlauf der Beobachtung eine follikuläre Angina mit Fieber hinzu. Das Überstehen dieser Krankheit hat beide Bazillenträger bazillenfrei gemacht. Bei dem einen Patienten hat Verf. die Bakterienflora der Mundhöhle vor, während und nach dem Auftreten der Angina bakteriologisch untersucht. Die Angina selbst war durch Pneumokokken hervorgerufen, und schon 2 Tage nach Beginn der Angina waren die Diphtheriebazillen völlig verschwunden und blieben es dann auch für die Folgezeit. Auch nach Auftreten von Scarlatina und einer gewöhnlichen Streptokokkenrhinitis waren bei zwei hartnäckigen Diphtheriebazillenträgern Diphtheriebazillen später nie mehr nachzuweisen. Ebenso hat **Prip** beobachtet, daß bei 14 unter 15 Diphtheriebazillenträgern, ferner nach Scharlach und einem Katarrh der Nase und Bronchien die Bazillen nach dem Überstehen einer Angina verschwunden waren. Dieselbe Erfahrung machte **Schiötz** nach einer Kokkenangina. Ferner konnte **Kretschmer** durch Tonsillenquetschungen häufig recht schnell die Diphtheriebazillen entfernen.

Alle diese Beobachtungen weisen also darauf hin, daß durch das Auftreten einer akuten Entzündung, durch die dadurch hervorgerufene veränderte Gewebstätigkeit der Schleimhaut, durch die entzündliche Hyperämie, durch das mit der Entzündung verbundene abnorme Wuchern der Pneumokokken (oder auch anderer Bakterien, aber nicht Diphtheriebazillen), vielleicht auch durch vermehrte Tätigkeit von Leukozyten usw. den Diphtheriebazillen und anderen pathogenen Bakterien am ehesten beizukommen ist und sie am schnellsten zu eliminieren sind. Verf. glaubt nicht, daß den ultravioletten Strahlen dabei eine irgendwie besondere Wirkung zukommt, es werden viel-

leicht auch öfter wiederholte geeignete Pinselungen der Mundschleimhaut mit oberflächlich ätzenden und entzündungserregenden Substanzen denselben Endeffekt erzielen können.

Nicht unerwähnt möchte Verf. lassen, daß bei einem Diphtheriebazillenträger, bei welchem die Tonsillen infolge chronischer Entzündung stark vergrößert und zerklüftet waren und bei welchem Bestrahlungen mit der Quarzlampe keine Bazillenfreiheit brachten, nach einer Exstirpation beider Tonsillen Bazillenfreiheit eintrat, ohne daß eine Diphtherie der Wunde eingetreten wäre.

Bei solchen Bazillenträgern nun, bei welchen die pathogenen Bakterien im Darme sich aufhalten, wird man ganz ähnlich bestrebt sein müssen, einen akuten Katarrh und eine Entzündung der Darmschleimhaut mehrere Male hervorzurufen. Ebenso wird, wenn die Typhusbazillen in den Gallenwegen und den Gallengängen etabliert und keine Gallensteine vorhanden sind, eine Bakterienfreiheit dieser Teile nur durch eine akute Entzündung der Schleimhaut der Gallengänge und rasche Entfernung der Bakterien in den Darm zu erreichen sein. Etwa vorhandene Gallensteine müßten natürlich vorher operativ entfernt werden. Grätzer.

M. John, Über die Bedeutung der Tonsillen für Gesundheit und Wehrfähigkeit. (Aus dem Reservelazarett Baracken und der Inneren Abteilung des St. Marienhospitals Mülheim-Ruhr.) (Ebenda.) Päßler hat die Ansicht geäußert, daß „als Ursache der sogenannten Diathesen eine chronische Infektion vom Typ der chronischen Tonsillitis anzusehen sei“ und „daß eine große Reihe der sogenannten Manifestationen der Diathesen durch die Beseitigung der Infektionsquelle sich gleichfalls beseitigen läßt“. Rohmer hält es zwar „mit der eindeutigen und alltäglichen klinischen Erfahrung für unvereinbar, die sogenannten Diathesen, wie Päßler es will, als Folge von Mandelinfektionen aufzufassen“. Nach Verf.'s Erfahrungen dürfen wir indes doch als sicher gelten lassen, daß eine chronische Infektion von den Tonsillen aus sehr wohl den Boden für eine exsudative oder neuropathische Diathese abgeben kann. Wenigstens lassen sich die in ihr Bild hineingehörenden Erscheinungen, wie Hyperplasie des lymphadenoiden Gewebes, Neigung zu Erkältungen, labile Körpertemperatur, angiospastische Pseudoanämie und zahlreiche andere vasomotorische Symptome (Schweiße, Ohnmachten, Migräne, Schwindel, Farbenwechsel, Brechneigung, Urtikaria usw.) durch Behandlung der Tonsillen in vielen Fällen günstig beeinflussen.

Wilhelm U., $12^1/_2$ Jahre, von Kind auf behinderte Nasenatmung, ständig kalte Füße und Frösteln. keinen rechten Appetit, häufig Kopfschmerzen, Brechneigung, beim Fahren auf der Elektrischen oder auf der Eisenbahn sofort anhaltendes Erbrechen. Im Alter von $2^1/_2$ Jahren Lungen- und Mittelohrentzündung, mit 8 Jahren zum zweiten Male Lungenentzündung. Öfters Halsentzündungen. Vor 2 Jahren zum ersten Male etwa 3 Wochen lang hohes Fieber mit Schwindel, Kopfschmerzen und Erbrechen; ebenso vor 4 Monaten und bei Beginn der Behandlung im Oktober 1913. Diesmal gleichzeitig auch schmerzhafte Schwellung mehrerer Gelenke, namentlich der Kniegelenke. Die Tonsillen stark gerötet und geschwollen, ohne Belag. Beiderseits am unteren Rande des Musc. sternocleidomastoideus bis bohnengroße Lymphdrüsen zu fühlen. Gebiß intakt. Schon nach dem erstmaligen Absaugen der Tonsillen, wobei mehrere übelriechende Mandelpfröpfe entfernt werden konnten, verspürt der Pat. deutliche subjektive Besse-

rung, indem Kopf- und Gelenkschmerzen nachließen. Die Temperatur war am folgenden Tage von 39,4 auf 37,3 abgesunken und die Attacke zur großen Überraschung der Eltern so gut wie überstanden. Nach mehrwöchentlicher Behandlung der Tonsillen verschwanden auch all die früheren Beschwerden, das Körpergewicht stieg um über 5 kg an, sogar das Fahren auf der Elektrischen und auf der Bahn war wieder möglich. Bis heute sind niemals mehr Anginen oder gar schwer fieberhafte Attacken wie vor Oktober 1913 aufgetreten. Es besteht lediglich seit einiger Zeit wieder Intoleranz gegen Fahren auf der Bahn.

Der vorstehenden Krankengeschichte ist als außerordentlich bemerkenswert zu entnehmen, daß der bei Beginn der Behandlung $12^1/_2$ jährige Patient seit frühester Jugend eine Schwellung der lymphatischen Elemente, Neigung zu Erkältungen und fieberhaften Erkrankungen, endlich mannigfache vasomotorische Störungen (Frösteln, kalte Füße, Kopfschmerzen, Brechneigung, Intoleranz gegen Bahnfahren), also Manifestationen einer exsudativen Diathese aufzuweisen hatte und daß nach Behandlung der Tonsillen alle diese Erscheinungen bis auf die Intoleranz gegen Bahnfahren vollständig verschwanden. Verf. ist überzeugt, daß eine gelegentlich noch einmal wieder aufgenommene Behandlung der Tonsillen auch die Intoleranz gegen Bahnfahren, dieses letzte Überbleibsel aus dem vasomotorischen Symptomenkomplex, beseitigt haben würde. Gerade diese Krankengeschichte sollte die Notwendigkeit, daß nämlich die Behandlung unter Umständen zu wiederholen ist, sobald Dauerresultate nicht erzielt werden konnten, noch einmal mit allem Nachdruck unterstreichen.

Wenn wir nun mit der wirklich auch bei Kindern meist ohne größere Schwierigkeiten durchführbaren Behandlung der Tonsillen so viele jugendliche Individuen von ihren ständig rezidivierenden Anginen befreien können, so beugen wir dadurch gleichzeitig vielen Gelenkrheumatismen, Herz- und Nierenleiden vor, die ja immer wieder im Anschluß an eine Tonsillitis auftreten. Und das ist gewiß von ungeheurer Wichtigkeit für die heranwachsende Jugend und die Volksgesundheit überhaupt. Schon aus diesem Grunde allein wäre es dringend zu wünschen, wenn die Behandlung der Tonsillen von allen Ärzten geübt würde und wenn ganz besonders der Schularzt auch diesen Organen gebührende Aufmerksamkeit widmen würde. Ganz abgesehen von den verhütbaren Erkrankungen könnten durch Behandlung der Mandeln viele ewig erkältete, müde, appetitlose, blaß und schlecht aussehende „Drüsenkinder“ körperliche Frische und Widerstandsfähigkeit erlangen, die sie ihre sonst verkümmerte Jugend auch in vollen Zügen genießen läßt. Die Zahl der einst dienstfähigen jungen Leute würde dadurch zweifellos erheblich vermehrt, besonders wenn auch in Vorbeobachtungsstationen und Lazaretten die Tonsillen mehr als bisher beobachtet und behandelt würden. Freilich, überall da, wo der kindliche Organismus spezifisch, z. B. tuberkulös infiziert ist, wo also die Halsdrüsen skrofulöser Natur sind, wird durch die Behandlung der Tonsillen kein rechter Erfolg zu erwarten sein, ein Nutzen aber auch hier insofern, als gerade solche aus der großen Masse der „Drüsenkinder“ herausgehobenen Individuen mehr als bisher einer energischen Behandlung mit künstlicher Höhensonne zugeführt werden könnten und sollten, deren große Heilwirkung auf Tuberkulose noch viel zu wenig ausgenützt wird. Grätzer.

Schaefer (Berlin-Pankow), Zahnkrankheiten und Kriegsernährung. (B. kl. W. 1916. Nr. 50). Während im Jahre 1911 in der 6. Gemeindeschule zahnkrank waren 88% der Mädchen und 46,5% der Knaben, im Jahre 1914 53% bzw. 58%, bei den Mädchen der 3. Schule 65%, befanden sich im Februar 1916 unter den Mädchen der 3. Gemeindeschule nur 35%, und am 1. Juli 1916 in der 6. Gemeindeschule nur 22% (Mädchen) und 15% (Knaben). Also eine wesentliche Abnahme der Zahnkranken, zweifellos unter dem Einfluß der Kriegsernährung. Auch anderen Schulärzten ist diese Tatsache bereits aufgefallen. Worauf sie zurückzuführen ist, ob auf die geringe Fleischnahrung, den überwiegenden Brotgenuß oder andere Bestandteile der Ernährung, läßt Verf. unerörtert. Grätzer.

Ernst Schloss, Über Rachitis. Pathologische Chemie und Stoffwechsel. (Aus dem Großen Friedrichswaisenhaus der Stadt Berlin.) (Ebenda.) Nach einem „Allgemeinen Überblick" erörtert Verf. den Stoffwechsel im einzelnen: den organischen, den Kalkstoffwechsel, den Phosphorsäureumsatz, den Magnesiastoffwechsel, den Stoffwechsel der Alkalien, den Chlor- und Schwefelumsatz und die Kohlensäure. Grätzer.

Graf-Haller, Anatomisch-physiologische Studien und Betrachtungen über den kongenitalen Hydrozephalus. (Virch. Arch. CCXXIII. 1917. H. 2.) Nach entwicklungsgeschichtlichen und physiologischen Betrachtungen werden die anatomischen Verhältnisse am Gehirn bei chronischem Hydrozephalus näher beschrieben. Man unterscheidet zwei Gruppen von Hydrozephalen, eine Gruppe, bei der das Foramen am Ende des 4. Ventrikels (oder auch das Foramen Monroi) geschlossen ist, und eine zweite, größere Gruppe, bei der die Foramina im Gegenteil erweitert sind. Eine Erweiterung der Ventrikel kommt zustande durch vermehrte Liquorbildung, durch Behinderung des Liquorabflusses aus den Ventrikeln und durch verringerte Widerstandsfähigkeit der Ventrikelwand. Dem letzten Moment schreibt der Verf. keine erhebliche Rolle zu. K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

A. M. Benders, Zwei Fälle von familiärer amaurotischer Demenz. (Psych. en neurol. Bladen. 1916. Nr. 4.) Familiäre amaurotische Idiotie bei einem Schwesternpaar. Unter dem Namen der spät-infantilen und juvenilen amaurotischen Idiotie sind Fälle zusammengebracht, welche unter sich kleinere oder größere Differenzen zeigen, die zum Teil sicherlich nicht als nur quantitativer Art betrachtet werden können. Diese Differenzen beziehen sich sowohl auf klinische als auch auf anatomische Befunde und lassen sich nicht durch verschiedene Dauer des Krankheitsverlaufs oder etwa ein anderes quantitatives Moment erklären.

Die zahlreichen Übergangsformen zwischen den verschiedenen „Typen" der endogenen Krankheiten haben zu der Meinung Veranlassung gegeben, daß alle endogenen Krankheiten unter sich verwandt sind. Dies ist aber nach Verf.'s Ansicht nicht der Fall. Allen

endogenen Krankheiten ist das Entstehen aus einem defekten Keimplasma gemeinsam; aber weiter geht die allen gemeinsame Verwandtschaft nicht. Näheres hierüber in einer Arbeit des gleichen Verf.'s in demselben Heft („Das Wesen der anormalen Anlage bei den endogenen organischen Nervenkrankheiten"). Kurt Mendel.

William Sharpe and Benjamin P. Farrel, A new operative treatment for selected cases of cerebral spastic paralysis. (Journ. of the Amer. med. Assoc. LXIV. 1915. S. 482.) Die Verff. unterzogen 65 Fälle (unter einer Gesamtzahl von 201 Fällen) von spastischer Hemi- bzw. Paraplegie mit Hirndrucksymptomen (Stauungspapille, erhöhter Liquordruck) einer dekompressiven Trepanation. In der Mehrzahl der Fälle kamen erhebliche Besserungen zustande, auch in intellektueller Beziehung. Kurt Boas.

Edwin W. Ryerson, Recurrent spondylolisthesis, with paralysis; bove-splint transplantation. (Ebenda. LXIV. 1915. S. 24.) In dem Falle des Verf.'s, ein 15 jähriges Mädchen betreffend, führten Bewegungen der Wirbelsäule nach rückwärts Schmerzen, Taubheitsgefühl und Lähmungen in den Beinen herbei. Bei Biegungen der Wirbelsäule nach vorne sistierten diese Erscheinungen. Die Ursache dieser Erscheinungen bestand darin, daß der fünfte Lumbalwirbel sich auf dem Kreuzbein verschob. Es wurde eine Knochentransplantation der Tibia auf Lenden- und Kreuzbeinwirbel vorgenommen. Es kam so zu einer Fixation, die eine Verschieblichkeit des fünften Lumbalwirbels fernerhin unmöglich machte.

Kurt Boas.

J. Walter Moore, Fracture of the base of the skull with escope of cerebrospinal fluid from the car. The effect of atropine and epinephren upon the secretion. (Amer. Journ. of the med. Sciences. CXLIX. 1915. S. 580.) Ein 6jähr. epileptisches Kind erlitt beim Ballspielen durch Sturz von der Treppe eine Schädelbasisfraktur. Aus dem linken Ohr floß anfänglich blutig tengierter, später klarer Liquor cerebrospinalis ab. Dieser Zustand hielt tagelang an. Schließlich kam das Kind unter meningitischen Erscheinungen (Nackensteifigkeit, positiver Kernig) ad exitum. Die experimentelle Prüfung des Einflusses von Atropin und Epinephrin auf die Sekretion des Liquor cerebrospinalis fiel im Sinne einer Hypersekretion aus. Kurt Boas.

William G. Spiller, Severe jaundice in the newborn child. A cause of spastic cerebral diplegia. (Ebenda. CXLIX. 1915. S. 345.) Mitteilung von vier Fällen spastischer zerebraler Diplegie im Anschluß an einen Ikterus neonatorum, der von kürzerer oder längerer Dauer war. In dem ersten Falle handelte es sich um ein vorher ganz gesundes Kind, im zweiten um ein $1^1/_2$ Monate zu früh zur Welt gekommenes Kind. Mit Ausnahme des vierten Falles, in dem die Littlesche Krankheit klinisch vollständig ausgeprägt war, handelte es sich um abortive Formen der Littleschen Krankheit. Durch die Cholämie kommt es nach Ansicht des Verf.'s zu einem hämorrhagischen Zustand, der zu Blutungen im Schädel führen kann. In einem Falle von Pitfield ergab die Sektion subdurale Blutungen, in einem anderen Falle traten Verwachsungen zwischen Dura und

Kleinhirn zutage. In einem Falle, in dem das betreffende Kind einige Stunden nach der Geburt einen Ikterus mit anschließender beginnender spastischer zerebraler Diplegie bekam, konnte die weitere Entwicklung des Krankheitsprozesses durch Bluttransfusion kupiert werden. Kurt Boas.

W. Milligan, Cerebellar abscess; operation; recovery. (Proceedings of the Royal Society of Medicine. London 1914.) 15jähr. Junge. 1909 Eiterung beider Ohren. Rechts Radikaloperation, links Lokalbehandlung. Wiederaufgenommen 1913. Rechtes Ohr vollkommen gesund. Die antrotympanische Höhle war vollkommen epidermisiert. Seit den letzten drei Wochen Klagen über heftige Kopfschmerzen, besonders in der Stirnhirngegend. Pat. fühlte sich krank, hatte aber kein Erbrechen außer einem Tag vor der Wiederaufnahme. Pat. war sehr verstopft. Er machte einen ganz verständigen Eindruck, jedoch waren die Gehirnfunktionen etwas verlangsamt. Temperatur 98,2 Fahrenheit, Puls 66, Atemfrequenz 18. Keine Lähmung. Kniesehnenreflexe gleichmäßig gesteigert. Kein Babinski. Ausgesprochene Ataxie. Dysdiadochokinesis vorhanden. Pupillen gleich und erweitert. Neuritis optica (?). Nystagmus beim Blick nach links (assoziierte Seite). Linker Gehörgang gefüllt mit dichtem polypösen Gewebe und Eiter. Eine genaue Labyrinthuntersuchung war deshalb nicht möglich.

Diagnose: Linksseitiger Kleinhirnabszeß.

Vor der Operation wurde viermal Liquor cerebrospinalis entnommen. Derselbe war klar und unter Druck.

Operation: Radikale Warzenfortsatzeröffnung. Eröffnung durch die hintere Wand des Antrum. Eröffnung und Inzision der Dura. Entleerung eines Abszesses, der etwas mehr als $^1/_2$ Unze Eiter enthielt. Drainage.

Die bakteriologische Untersuchung des entleerten Eiters ergab in der Hauptsache eine reine Streptokokkeninfektion. Daneben fanden sich einige wenige Staphylokokken.

Es trat vollständige Heilung ein. Kurt Boas.

Ch. W. Burr, Chronic dementia, cerebellar ataxia and epileptiform convulsions in a boy caused by ptomain poisoning from eating canned salikon. (Journ. of the Amer. med. Assoc. LXII. 1914. S. 1712.) Der Fall des Verf.'s betrifft einen 14 jährigen Jungen, der nach dem Genuß von Räucherlachs akut an Vergiftungserscheinungen erkrankte. Pat. hatte eine vorübergehende Hemiplegie, ferner Krampfanfälle und Dekubitus, zeitweise auch Delirien. In psychischer Beziehung war Pat. im allegemeinen stumpf und teilnahmslos. In diesen Zustand brachten vorübergehende akute zeitweise Delirien eine Änderung. Nach $1^1/_2$ Jahren bestand bei dem Pat. eine schwere zerebellare Ataxie, in psychischer Beziehung bestand Verwirrtheit und Demenz. Das klinische Bild glich im ganzen dem einer juvenilen Paralyse (Sprachstörung, stumpf-euphorisches Verhalten, Ataxie, Reflexsteigerung, epileptiforme Krämpfe). Als Ursache der Erkrankung vermutet Verf. eine diffuse Schädigung der Rinde mit vorwiegender Beteiligung der Nervenzellen und geringerer der Gefäße. Kurt Boas.

M. J. Synnot, A case of Bell's palsy. (Arch. of Ped. XXXII. 1915. S. 210.) Bei einem 6 jähr. Mädchen entwickelte sich im Anschluß an einen Schreck eine rechtsseitige periphere Fazialislähmung. Keine Entartungsreaktion. Nach Ansicht des Verf.'s liegen der Erkrankung vasomotorische Störungen zugrunde, die sich bereits früher in Gestalt einer Ohnmacht dokumentiert hatten. Kurt Boas.

T. A. Whipham, Congenital word and letter blindness. (Ophthalmoscope. January 1916.) Verf. berichtet über einen Fall von angeborener Wort- und Buchstabenblindheit bei einem 8 jähr. Mädchen. Die Störung war nicht absolut, da immerhin ein oder zwei Buchstaben erkannt wurden. Bemerkenswert war die positive Wa.-R.

Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Schultze: **Angeborene Schilddrüsenatrophie (sogenanntes Myxödem).** Der Vortr. zeigt ein Mädchen, das 15 Jahre alt ist, aber nur die Länge von 97 cm hat, also diejenige eines vierjährigen Mächens. Die Gesichtshaut und die Gesichtsfarbe ist typisch myxomatös, nicht aber die Haut am Körper sonst. Sie ist im Gegenteil schlaff, besonders im Nacken und Rücken in langen Falten abhebbar, auf den Handrücken etwas gerunzelt, wie bei alten Leuten, außerdem trocken und abschilfernd. Die Kopfhaare und die Augenbrauen sind nur schwach entwickelt, die Schamhaare fehlen völlig. Die Nase ist breit, stark sattelförmig, die Oberlippe etwas vorstehend, die Augenlidspalte horizontal gestellt (nicht wie bei Mongolismus schief). Die Zunge nicht breiter als normal, von normaler Beschaffenheit. Fontanelle geschlossen. Leichtes rachitisches Eingebogensein der unteren Rippenbogengegend; geringe Genu valgum-Stellung. Die Zähne sämtlich sehr kurz und breit; unvollständig entwickelt. Die Röntgendurchleuchtung der Handknochen ergibt das typische Bild wie bei Myxödem. Es sind an den Handwurzeln nur drei Knochenkerne sichtbar, das epiphysäre Wachstum fehlt. Der Gaumen steht abnorm hoch. Der Bauch ist vorgetrieben, ein kleiner Nabelbruch vorhanden. Die Durchleuchtung des Herzens ergibt ein breites, kugeliges, gedrungenes Herz. Besonders ist der rechte Vorhof stärker als normal nach rechts vorgebuchtet. Ein abnormer Schatten in der Mediastinalgegend fehlt; die Wirbelzeichnung der oberen Dorsalwirbel tritt sogar ungewöhnlich deutlich hervor. Keine Spur von einer Schilddrüse abtastbar. Zwischen den scharf vortretenden Bändern der Sternocleidomastoidei und dem Kehlkopf starke Vertiefungen. Die Gehirnfunktion verlangsamt und vermindert. Das Kind ist stets sehr ruhig, spricht selten, lacht und lächelt aber oft. Es spielt ganz verständig mit kleineren Kindern und versteht, was man von ihm will, führt nach Aussage ihrer Mutter sogar Aufträge aus, ist also nicht eigentlich idiotisch. — Der Hämoglobingehalt beträgt nur 50 nach Sahli. Die Anzahl der Leukozyten ist nicht erhöht, die Lymphozyten betragen 25%, die roten Blutkörperchen erscheinen nicht voluminöser. Der Harn ist normal, ebenso der Stuhl. Harn- und Stuhlentleerung sind normal. — Das Kind stammt aus Ohligs, einer kropffreien Gegend zwischen Köln und Elberfeld. Seine Eltern sowie ein älterer Bruder der Kranken sind gesund. Während der Schwangerschaft sollen bei der Mutter stärkere Blutungen dagewesen sein. Das Kind wurde mit sieben Monaten geboren, soll abnorm klein, aber sehr dick gewesen sein und sah in den ersten vier Monaten nach seiner Geburt gelb aus (Ikterus? myxomatöse Färbung?) Die beiden mittleren oberen Schneidezähne erschienen erst im Alter von vier Jahren. Laufen wurde mühsam erst mit $4^1/_2$ Jahren gelernt, Sprechen erst mit sechs Jahren, und zwar langsam und undeutlich, später aber allmählich besser. Das Kind war stets außergewöhnlich ruhig, „kann den ganzen Tag über sitzen, ohne etwas zu tun", und ist geistig sehr zurück, lernte nicht lesen. Die Haare sollen zuerst lockig gewesen sein, wurden später glatt und fielen mehr und mehr aus. Die Nägel waren oft spröde und rissig; die Haut schuppte leicht; an der Haut der Fußsohlen entstanden nach längerem Gehen oft Blasen. Der Nabelbruch war angeboren. Das Körperwachstum ging sehr langsam vor sich,

in den letzten vier Jahren im ganzen nur 2 cm. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß das Kind, als es vom vierten Jahre an drei Jahre hindurch täglich eine Tablette eines Schilddrüsenpräparates erhielt, entschiedene Besserung erfuhr. Es wurde munterer, die Zahnbildung, das Gehen und Sprechen entwickelte sich rascher. Leider wurde in den letzten drei Jahren keine Schilddrüse mehr gegeben. — Es handelt sich also um einen der seltenen Fälle von angeborenem Schilddrüsenschwunde, dessen Ursache völlig unbekannt ist. Man kann von keiner eigentlichen Myxioditie sprechen, da eben eine Idiotie fehlt. Nennt man ein „reines" Myxödem diejenige Form der Erkrankung, bei der die Haut des ganzen Körpers geschwollen ist, so würde diese Bezeichnung für unsere Kranke nicht zutreffen. Indessen ist eine derartige Unterscheidung bedeutungslos, da das Wesentliche jedesmal der Schilddrüsenschwund ist, auf dessen Altersatrophie man sogar unter anderen Alterserscheinungen auch die Schlaffheit und Runzelung der Altershaut ursächlich hat zurückführen wollen. Eine Ursache der Schilddrüsenerkrankung ist bei der Kranken nicht zu entdecken. Die Untersuchung des Blutes auf die Wa.-R. fiel negativ aus. — In einem sehr schweren Falle von Myxödem bei einem älteren Herrn, bei dem eine Verwechslung mit Arteriosklerose und Ödem nach Herszchwäche stattgefunden hatte, wurde von dem Vortr. als Ursache eine früher dagewesene Eiterung in der vorderen Halsgegend festgestellt. Diese hatte offenbar zu einer Thyreoditis mit folgendem Schwund der Drüse geführt. Die fortdauernde Darreichung von Merckschen Thyreodintabletten führte zu völligem Verschwinden der Myxödemsymptome, die wieder sich einzustellen begannen, sobald die Therapie ausgesetzt wude.

v. Franqué: **Geburtenrückgang, Arzt und Geburtshelfer.** Nur die ärztlichen Gesichtspunkte werden besprochen. An der Bonner Klinik zeigte sich in den letzten 20 Jahren ein Rückgang der Frauen mit sechs und mehr Kindern um 62 ‰, eine Zunahme der 1—2 kindrigen um 59 ‰; die Frauen mit 3—5 Kindern blieben gleich. Die Frauen mit 3—5 Kindern machen noch immer $^1/_5$, die mit 6 und mehr Kindern $^1/_8$ der Gesamtzahl aus — also kein Rückgang der Zeugungsfähigkeit. — Vom ärztlichen Standpunkt aus dürfen einer gesunden Frau 6 Kinder in 15 Jahren, und zwar vom 20.—35. oder besser 18. bis 32. Lebensjahr unbedenklich zugemutet werden. Eine gewisse Regelung der Geburtenzahl und -folge (mindesten 2 Jahre, besser $2^1/_2$ Jahre Pause zwischen den Geburten) muß als ärztlich berechtigt anerkannt werden im Interesse der Mütter und der Kinder. Ob der Arzt bei aus medizinischen Gründen wünschenswerter Einschränkung nur die Enthaltsamkeit empfehlen oder Präventivmittel anraten soll, muß dem Gewissen und Ermessen des Einzelnen überlassen bleiben. — Besprechung des ungünstigen Einflusses des Frauenstudiums auf die Geburtenzahl. Anempfehlung der Herabsetzung des Heiratsalters bei Frauen bis zum 18.—20. Lebensjahre, da in diese Zeit das Optimum für die erste Geburt fällt. — Warnung vor dem Verbot der antikonzeptionellen Mittel, durch das die Verbreitung der gerade jetzt (Heeresangehörige in Feindesland!) sehr gefährlichen Geschlechtskrankheiten befördert würde. Dringlichkeit eines Kurpfuschereiverbots. Bekämpfung der kriminellen Aborte. Einschränkung der Schwangerschaftsunterbrechung aus ärztlicher Indikation, der operativen Sterilisation und der überängstlichen Warnung vor weiteren Geburten. Eine Verbesserung der geburtshilflichen Kunst kann den Geburtenrückgang in nennenswerter Weise nicht wettmachen, einen großen Einfluß könnte aber eine Verbesserung der gesamten geburtshilflichen Ordnung mit gesetzlich geregelter ausgiebiger Fürsorge für alle Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen gewinnen, die mindestens ebenso wichtig ist, wie die Säuglingsfürsorge. (Erscheint ausführlich in den Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, herausgegeben von Seiffert und Müller.)

(Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. (Med. Abt.), Bonn, 15. V. 1916.)

O. Meyer: **Pneumothorax.** Demonstration dreier Diapositive eines fünf Monate alten Kindes. Es handelt sich um ein Mädchen, das, als drittes Kind zur rechten Zeit geboren, vor drei Wochen fieberhaft an unklaren Lungensymptomen erkrankte und angeblich eine Influenza überstanden haben soll. In voller Rekonvaleszenz kam das Kind nach Hamburg, entwickelte sich bei der üblichen Kuhmilchmischung gut und erkrankte von neuem am 3. April mit Erbrechen, und 39,4° Temperatursteigerung. Die Inspektion ergab beschleunigtes Atmen, Unbeweglichkeit der ganzen rechten Thoraxhälfte, perkutorisch war rechts und links der Schall gleich sonor, und auskultatorisch fehlte auf der ganzen rechten

Seite jedes Atmungsgeräusch. Die Plötzlichkeit des Eintritts, das totale Ausschalten einer ganzen Seite und der sonore Schall sicherten die Diagnose Pneumothorax. Durch baldige Punktion mit einer dickeren Pravazspritze Erleichterung. Am dritten Tage unter Zugrundelegung der Diagnose Röntgenaufnahme. Das erste Bild zeigt im rechten Thorax eine große Luftblase, die sich weit ins linke Mediastinum vordrängt, zweites Diapositiv entwickelt die Verhältnisse nach einer Punktion: Kleinerwerden der Blase, deutliches Hervortreten des Herzschattens; das dritte Bild endlich, das nach drei Wochen aufgenommen worden ist, zeigt die auch heute noch bestehende Heilung. Das Kind war nach drei Wochen fieberfrei und entwickelt sich vorzüglich. Therapie: Wiederholte Punktionen und Inunktionskur wegen luetischer Belastung.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 13. VI. 1916.)

Göppert: **Fall von angeborener Lebererkrankung.** Der Fall zeigte während seines zweiten und dritten Lebensjahres Galaktosurie. Bei Milchnahrung und Milchzuckergaben wurde nur Galaktose ausgeschieden. Bei Galaktosefütterung wurde schon bei 10 g über ein Drittel wieder ausgeschieden. Toleranz gegen die übrigen Zuckerarten nicht herabgesetzt. Die Toleranz gegen Milchzucker wurde durch Vermehrung der Gärung im Darme anscheinend gesteigert. Bestimmung der Zuckerart durch Gärungsprobe und den charakteristischen Schmelzpunkt der Osazone. (Mediz. Gesellsch. in Göttingen, 30. XI. 1916.)

Gross: **Fall von chronisch familiärem Ikterus.** Es handelt sich um einen 16jährigen Jungen, dessen Vater dieselben Krankheitssymptome zeigt und der die charakteristischen Erscheinungen des chronisch familiären Ikterus darbietet. Die Blutkörper haben verminderte Resistenzfähigkeit. Der Fall ist insofern von Interesse, als bei ihm mit Sicherheit als Ursache eine hereditäre Lues angenommen werden kann. Patient suchte die Klinik auf wegen eines kleinen, seit einem Jahr bestehenden Geschwürs am Knöchel mit dem typischen Aussehen einer syphilitischen Affektion. Wa.-R. war positiv. Auf Salvarsanbehandlung verschwand das Geschwür, der Allgemeinzustand des Patienten, vor allem die Anämie, besserte sich wesentlich. Der Hämoglobingehalt ging von 30% auf 70% in die Höhe. Die Untersuchung des Blutes auf Resistenzfähigkeit der roten Blutkörper zeigte ebenfalls nach der antisyphilitischen Behandlung eine wesentliche Besserung.

Th. Naegeli: **Demonstration eines sechsjährigen Mädchens mit Situs viscerum inversus totalis.** Das Mädchen wurde wegen einer tuberkulösen Peritonitis in die Klinik eingeliefert. Die Familienanamnese ergab keine Besonderheiten. Das Kind hatte sich normal entwickelt, zeigte keine Störungen von seiten der inneren Organe. Die Untersuchung ergab, daß das Herz auf der rechten Seite, der Magen ebenfalls rechts, die Leber dagegen links gelegen war. Irgendwelche anderen Anomalien fehlten. Die Röntgenaufnahme bestätigte den Befund. Der Entstehungsmechanismus dieser Anomalie ist noch unklar. Es handelt sich um eine normale Entwicklung sämtlicher Organe, nur bieten sie das Spiegelbild des gewöhnlichen Befundes dar. Experimentell gelang es Dareste, bei Hühnerembryonen einen Situs inversus dadurch zu erzeugen, daß der linke Teil bis 41—40°, der rechte nur bis 12—16° im Brutschrank erwärmt wurde. Es soll in dem stärker erwärmten linken Teil der Area vasculosa eine raschere Entwicklung statthaben, wodurch die embryonale Anlage des Herzens eine Ausbuchtung nach links erfährt (weil der linke Teil schneller wuchs). Unter dem Einfluß der Kreislauforgane fand nachher auch die umgekehrte Lage der anderen Organe statt. Spemann exzidierte ganz kleine Ektomesodermalstückchen aus der Rückenplatte bei Triton und Rana, drehte sie um 90—180° und implantierte sie wieder in die Wunde. In allen Fällen trat Situs inversus auf. Pressler bestätigte die Experimente und konstatierte, daß die Leberanlage gleich die linke Seite einnahm. In den meisten Fällen, in denen es zur Umlagerung der Baucheingeweide kam, erfolgte auch Dextrokardie. Über die Faktoren, die beim Menschen den Situs inversus veranlassen, ist nichts Positives bekannt. Auf Grund der experimentellen Untersuchungen ist der Schluß berechtigt, daß es sich um eine Umlagerung der Mesoentodermplatte in frühester Zeit handelt, wodurch primär eine Verlagerung der Baucheingeweide und erst sekundär die des Herzens und der Brustorgane stattfindet. (Greifswalder med. Verein, 3. XI. 1916.)

III. Therapeutische Notizen.[1])

Suprarenin in der Dermatologie. Von Prof. Dr. P. G. Unna (Hamburg). Verf. schreibt: „Mit fast allen gebräuchlichen Pasten einerseits, mit Eucerinum anhydricum andererseits bildet die Sol. Suprarenini (1:1000) als 10%iger Zusatz sehr wirksame Kühlpasten und Kühlsalben. Die Wirkung derselben ist um so überraschender, je stärker Hyperämie, Nässen und Jucken vorher waren, beispielsweise beim Gesichtsekzem der Säuglinge. Als ein sehr mildes, stark eintrocknendes Pastenvehikel empfehle ich hierfür besonders die Pasta albuminis aluminata[2]), bei der man dann die sofort einsetzende Anämie beobachten kann ohne das Hindernis einer Decke von Zinkoxyd.

Pasta albuminis aluminata	45
Sol. Suprarenini	5
Mf. pasta.	

Aber man kann die Suprareninlösung auch mit ähnlichem Erfolge allen Zinkpasten und Zinkschwefelpasten zusetzen. Ebenso überraschend günstig wirkt die Suprareninpaste beim kleinvesikulösen Hand- und Fingerekzem, wo wir bisher gewohnt waren, Zinkoxyd- und essigsaure Tonerde-haltige Schüttelmixturen zu verordnen. Hat man es mit einem krustösen Ekzem zu tun, so wird man diese Paste aber natürlich nicht auf die Krusten bringen, sondern diese erst abweichen, z. B. mit dem

Eucerinum alum. acet.:

Liq. aluminis acet., Aquae destill.	āā 25
Eucerini anhydrici	50
M.	

Wo dann beim Abwischen oder Abwaschen die Krusten sich ablösen und die rote, spongiöse, serumabscheidende Stachelschicht frei zutage tritt, da gehört die Alaun + Suprareninpaste hin. Sie legt diese Hautstellen momentan trocken, wobei auch die Röte und das Jucken an Ort und Stelle aufhören. Dann bedeckt man die Stelle wieder mit der Eucerinsalbe, Hebrascher Salbe oder dergl. Auf fettiger, roter Haut, z. B. bei Rosacea, genügt dagegen die Alaun + Suprareninpaste allein. Sie übertrifft alle anderen Pasten, z. B. das sehr gute Zink-Schwefel-Mattan in solchen Fällen, in denen die Haut des Gesichts anfallsweise stark schwillt und rot wird, da sie ein sofortiges Abblassen herbeiführt, ohne die sonstige Behandlung irgendwie zu stören. Ist die juckende Haut bei Gesichtsekzem rot, aber zugleich spröde, rissig oder schuppend, so tritt an Stelle der Alaunpaste eine

Eucerinsalbe mit Suprarenin:

Sol. Suprarenini	5
Aq. destill.	45
Eucerini anhydrici	50
M.	

Ebenso ausgezeichnet wie bei Gesichtsekzemen und Rosacea wirkt die äußerliche Suprareninbehandlung auch bei allen mit starker Hyperämie und Jucken einhergehenden Genital-, Vulvar- und Analekzemen und hämorrhoidalen Entzündungen. Sehr wirksam endlich sind diese Suprareninpasten und -salben bei akuten Ödemen, wie sie nach CO_2-Applikation, bei Schälkuren des Gesichts, nach Chrysarobin-, Cignolin- und Pyrogallolpräparaten auftreten. Bei diesen gibt man mit Vorteil das Suprarenin auch innerlich, wobei gegen die oxydative Zersetzung in der Flasche etwas Sirup als reduzierendes Korrigens hinzugefügt werden muß.

Sol. Suprarenini	5
Syr. simplicis	20
Aq. destill. ad	100
M. S. Täglich 6—10 Teelöffel z. n.	

Diese innere Darreichung allein genügt oft schon bei Urtikaria, Lichen urticatus der Kinder, Quinckes Ödem und ist zu empfehlen neben der sonstigen Behandlung bei Frost, Varizen und Raynauds Krankheit, Herpes und Zoster.

---

[1]) Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.

[2]) I. Album. Ovi sicc. 17, Aq. destill. 70. — II. Aluminis 9, Aq. destill. 70. — Lösung II wird heiß zur kalten Lösung I gesetzt und das Gemisch auf 87 eingedampft. Dann fügt man hinzu Tinct. benzoes 3, Ichthyol 1, Cinnabaris 0,5, Ol. amygdalarum 8,5. — S. Pasta albuminis aluminata.

Man bemerkt fast jedesmal dabei, daß nach wenigen Tagen auch das Allgemeinbefinden sich durch Anregung der peripheren Zirkulation hebt. Deswegen ist auch bei Arteriosklerose die innere Darreichung anzuraten im Verein mit Ichthyolbädern. Bei Purpura haemorrhagica ist das Suprarenin bereits von Deckers, Meessen und Bott mit gutem Erfolge innerlich gebraucht und empfohlen worden. Während die starke äußere Suprareninbehandlung bei Hautkrankheiten immer nur zeitweise in die Hauptbehandlung einzugreifen bestimmt ist, da eine fortgesetzte Anwendung durch die Nebenwirkungen der lokalen Anämie (Trockenheit, Jucken) schädlich wirken würde, hat Verf. die innere Behandlung z. B. bei Urtikaria, Arteriosklerose, Frost monatelang ununterbrochen und ohne alle schädlichen Folgen durchführen können. (Derm. Wschr. 1916 Nr. 20.)

Erfahrungen mit dem Dauerhefepräparat Biozyme veröffentlicht Dr. F. Arnheim (Berlin). Er hat besonders bei Furunkeln sehr gute Wirkung gesehen. Es scheint den anderen pulverförmigen Trockenhefepräparaten an Wirksamkeit weit überlegen zu sein und wirkte auch da, wo jene versagten.
(Ther. d. Gegenw. 1916 Nr. 9.)

Klinischer Beitrag zur Lokalbehandlung der Diphtherie mit Eucupin. Von Sekundärarzt Dr. Sommer. (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses Magdeburg-Sudenburg.) Es wurden 44 Fälle von schwerster Rachen- und Nasendiphtherie behandelt mit basischem Eucupin (5%ige Lösung in Alkohol. absol.), das gepinselt oder aufgesprayt wurde (3stündlich, in schwersten Fällen 2stündlich). Die Fälle wurden dadurch entschieden günstig beeinflußt, die lokalen Erscheinungen und Beschwerden schwanden rascher als sonst, die Patienten wurden schneller bakterienfrei. (B. kl. W. 1916 Nr. 43.)

Erfahrungen mit dem „Aromatischen Lebertranersatz in Pulverform Fischol", zugleich ein Beitrag zur praktischen Verwendbarkeit der Hefe im frühesten Kindesalter. Von Dr. Riehn. Die Idee, ein die Nukleine der Hefe in Verbindung mit glyzerinphosphorsaurem Kalk enthaltendes Präparat in all denjenigen Erkrankungszuständen anzuwenden, welches bisher vorwiegend der Lebertranbehandlung vorbehalten galten, hat sich in der Praxis auf das beste bewährt. Fischol ist ein Präparat von vorzüglicher Wirkung bei Rachitis leichten, mittleren und schweren Grades, es leistet gute Dienste gegenüber der Spasmophilie und der exs. Diathese und hat sich gegenüber den im Gefolge der mannigfaltigsten Erkrankungen im Kleinkindesalter auftretenden allgemeinen Entwicklungsstörungen als ein hervorragendes Kräftigungsmittel erwiesen. Die Wirkung des Fischols steht ceteris paribus derjenigen des Lebertrans nicht nur nicht nach, sondern vermag sie sogar zu übertreffen. Bei den auf Spasmophilie beruhenden Erkrankungszuständen des Säuglingsalters scheint Fischol Phosphorlebertran und Kalzium entbehrlich zu machen. Im Wettbewerb mit Lebertran hat Fischol den unbedingten Vorzug der Schmackhaftigkeit und unbegrenzten Haltbarkeit, namentlich in der heißen Jahreszeit; seine Aufnahme stößt nicht auf Schwierigkeiten seitens der Kinder; störende Nebenwirkungen, wie sie bei Lebertran nicht selten zu beobachten sind, sind als ausgeschlossen zu betrachten. Angesichts der durch die Kriegsnot bedingten Schwierigkeit, Lebertran in ausreichender Menge und zu wohlfeilem Preise für die Behandlung kleiner Kinder verfügbar zu machen, verdient Fischol als wertvolle Bereicherung des Heilmittelschatzes doppelte Beachtung. (Ther. Mh. 1916 Nr. 9 u. 10.)

Ein schmerzstillendes Gurgel- und Mundwasser ist nach Dr. H. Floer in Essen (Ruhr) ein wasserlösliches Anästhesin, das unter dem Namen „Subcutin-Mundwasser" (Chemisch-pharmazeutisches Institut von Dr. E. Rickert, Frankfurt a. M.) ausgegeben wird; ein schmerzstillendes und zugleich desinfizierendes Mund- und Gurgelwasser. Das Subcutin-Mundwasser ist eine 2% ige Lösung von paraphenolsaurem Anästhesin, absolut ungiftig, schmerzstillend und besitzt eine gut desinfizierende und adstringierende Wirkung. Bei den Kranken erfreut sich dieses Gurgelwasser, das Verf. nun seit mehr als 6 Jahren ununterbrochen verordnet hat, der größten Beliebtheit. Wer es einmal gebraucht hat, verlangt es stets wieder. Sehr günstige Erfolge sah Verf. außer bei oberflächlichen Mundaffektionen, Stomatitis, Zungenaffektionen und Rissen besonders bei katarrhalischer und follikulärer Angina, Diphtherie, akuter Pharyngitis, Seitenstrangentzündungen usw. Bei Mandelabszeß hilft es natürlich nicht. Die Subcutinlösung eignet sich auch vorzüglich zu Spülungen der Nase und des Nasenrachenraumes, wodurch große Erleichterung bei akutem Schnupfen oder Nasenrachenschnupfen erzielt

wird. In der Regel verordnet Verf. das Subcutin-Mundwasser zum Gurgeln und Spülen in einer Verdünnung von 1:3 Teilen Wasser. Bei Kindern, die nicht gurgeln können, läßt er die verdünnte Lösung mittels Sprays anwenden, was bei der Ungiftigkeit des Mittels ohne Bedenken intensiv geschehen kann. Auch Pinselungen bei Rachenkatarrh mit Subcutinlösung sind sehr zweckmäßig und verschaffen wenigstens vorübergehend große Erleichterung.
(D. m. W. 1916 Nr. 23.)

Die Ichthyolbehandlung bei Furunkeln empfiehlt Dr. W. Türckheim (Berlin). Der Furunkel wird mit Ichthyol oder dem billigeren gleichwertigen Ichthynat mittels Glasstabs bis zum Rande der entzündlichen Rötung bestrichen, dann mit gutklebendem Leukoplast dachziegelförmig bedeckt. Am nächsten Tage wird das Pflaster abgenommen, bei sehr empfindlichen Patienten mit Hilfe von Benzin, und das Verfahren täglich so lange fortgesetzt, bis der letzte Eiterrest verschwunden ist; schließlich einfache Salbenverbände. Verf. hat nach diesem Verfahren Achseldrüsenabszesse, Panaritien, Mastitiden und sogar tiefe Halskarbunkel behandelt. Selbstverständlich darf auch hierbei nicht schematisiert werden, sondern in notwendigen Fällen erst ein eröffnender Einschnitt gemacht werden. Doch ist meist nur eine kleine Öffnung notwendig, welche sich die Patienten lieber machen lassen als eine größere Operation.
(Ther. d. Gegenw. 1916 Nr. 9.)

Über Paraffinal. Von Prof. F. Blum (Frankfurt a. M.). Das Präparat (Chem. Fabrik Dr. Weil, Frankfurt a. M.), eine schmackhafte Emulsion von reinstem Paraffin, hat sich bei chronischer Obstipation als reizloses Gleitmittel und zur Lockerung der Kotmassen gut bewährt. Es bereitete in sehr vielen Fällen in Dosen von 1—2 mal täglich 1 Eßlöffel milden Stuhl ohne sonstige Beihilfe oder mit einem Abführmittel, dessen Dosis aber beträchtlich verkleinert werden kann. Auch zur Auflockerung harter Kotmassen bei kleinen Kindern ist es gut zu benutzen. (M. Kl. 1916 Nr. 42.)

* **Rhinovalin, ein neues Schnupfenmittel, eine Lösung von Validol in Paraffin,** empfiehlt warm Dr. Striepecke (Berlin). Ein Augentropfglas wird bis zur Hälfte mit der Lösung gefüllt; diese Quantität läßt man dem Pat. bei leicht zurückgeneigtem Kopfe in die beiden Nasenhöhlen einlaufen, so daß jede Hälfte ungefähr die halbe Flüssigkeitsmenge empfängt. Sobald der Pat. das Hinunterfließen in den Nasenrachen- bzw. Mundrachenraum verspürt, hat er den Kopf leicht nach vorn überzubeugen und mit etwas Watte (oder einem Taschentuch) die Nase etwa eine Minute lang zuzuhalten, damit die gesamte Nasenhöhlenschleimhaut möglichst mit der Lösung bespült wird. Die Watte nimmt dann nach Freigabe der Naseneingänge ohne weiteres die überfließende Flüssigkeit auf und schützt so den Mund vor deren Eindringen. Man kann den Patienten auch ruhig die Prozedur selbst vornehmen lassen, man wird sehen, daß auch der scheinbar Ungeschickte ganz leicht mit dieser einfachen Applikationsmethode zustande kommen wird. Die Behandlung hat bei Rhinitis acuta und Rhinitis und Rhino-Pharyngitis sicca sich sehr bewährt. (Allg. m. Ztg. 1916 Nr. 22.)

IV. Monats-Chronik.

Jena. Das von der Carl-Zeiss-Stiftung in Verbindung mit einem neuen Lehrstuhl für Kinderheilkunde errichtete Kinderkrankenhaus mit Poliklinik für Mütter- und Säuglingsberatung unter Leitung des Prof. Ibrahim ist eröffnet worden.

Dortmund. Für die neue Stelle eines amtlichen Säuglingsarztes ist Prof. Engel in Berlin, früher Oberarzt der Düsseldorfer Kinderklinik, gewählt.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. **September 1917.** **Nr. 9.**

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

M. Pfaundler, Körpermaßstudien an Kindern. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIV. S. 1.) Diese Studie ist auch als eigenes Buch im Handel erscheinen. Im ersten Kapitel (von der Variation der Körperlänge) betont Verf. die Uneinheitlichkeit der Ursachen für „Untermaßigkeit", insbesondere muß diese nicht Ausdruck einer Erkrankung sein. Es entsteht die Frage, ob die an einer großen Anzahl von gesunden Schulkindern angetroffene Variation von Körperlänge (und Körpergewicht) eine reguläre Zufallsvariation sei. Diese kann mittels einer mathematischen Formel (Gaussische Fehlerfunktion) erkannt werden. Letztere dürfte der Allgemeinheit Schwierigkeit im Verständnis machen. Die Variationen (sogen. Streuung) nimmt absolut mit dem Alter der Kinder bis zur Pubertät zu.

Das zweite Kapitel betrifft das Verhalten der Körpermaße in verschiedenen Ständen. Meist wird dieses vom Standpunkte einer Untermaßigkeit der Armenkinder betrachtet. Es ergeben sich Anhaltspunkte dafür, daß man besser von einer Übermaßigkeit der Kinder der Reichen zu sprechen hat. Verf. meint, daß diese Übermaßigkeit keine besonders günstig zu wertende Erscheinung sei, sondern ein präzipitiertes, einseitig beschleunigtes Längenwachstum darstellt. Als Ursachen hierfür kommt die äußerst wechselvolle, stark eiweißhaltige Kost, die mehr sitzende, bequeme Lebensweise und psychische Momente in Betraeht.

Das dritte Kapitel handelt von Wachstumskurven und Wachstumsgesetzen. Gewöhnlich wird die Längenwachstumskurve als Parabel beschrieben. Verf. zeigt, daß diese Ansicht unrichtig ist, daß sich hingegen befriedigende Übereinstimmung zwischen der menschlichen Wachstumskurve in ihrem extrauterinen Verlauf bis zur Vollendung des Wachstums mit einem anderen Kurventypus ergibt. Das Konzeptionsalter (das Alter von der Konzeption an gerechnet) ist proportional der Körperlänge in dritter Potenz. Dieses Gesetz würde für das Massenwachstum die Konstanz der Maßenzunahme in der Zeiteinheit bedeuten.

Im 4. Kapitel (von der Körperoberfläche) bespricht Verf. ein neues, mit Kastner ausgearbeitetes Verfahren zur Bestimmung der Körperoberfläche: Bedeckung von Kopf, Hals, Rumpf in toto, ferner der Extremitäten einer Körperhälfte mit 2—5 cm Leukoplaststreifen (nach Art eines Verbandes). Die Pflasteroberfläche wird mit Tusche bestrichen, die Pflasterstücke werden dann auf eine glatte Fläche ausgebreitet, und die Oberfläche der gefärbten Partien wird plani-

metriert. Die Resultate dieser Methodik werden mit den Werten durch andere Methodik (Meehsche Formel) verglichen.

In den letzten zwei Kapiteln wird das energetische Oberflächengesetz bzw. das Verhalten des Körpervolumens und der Körperdichte erörtert. Die außerordentlich interessante Studie wird zur Lektüre im Original wärmstens empfohlen. Schick

E. Bergmann, Die physiologische Gewichtsabnahme und die Beziehungen zwischen Ernährung und Gewichtsverlauf bei 1000 Neugeborenen. (Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus Berlin.) (Zeitschr. f. Kinderhkde. XIV. S. 149.) Von 1000 Neugeborenen hatten 611 Kinder bis zur Entlassung (Ablauf der 2. Woche) das Anfangsgewicht erreicht oder überschritten. Von diesen 611 Kindern haben 114 erst am 10. Tage ihr Anfangsgewicht erreicht = 11,4%. Diese Zahlen stimmen mit den Zahlen von Pies am gleichen, aber noch kleinen Material überein.

Die durchschnittlichen Tagestrinkmengen haben nach Verf.'s Ansicht zum mindesten keinen entscheidenden Einfluß auf den Charakter der Gewichtskurve der Neugebornen nach dem Gewichtsminimum. Kinder mit steilen und Flächenkurven trinken ungefähr gleiche Mengen. Verf. denkt an die Möglichkeit individueller Rückständigkeit der Assimilation für die Fälle mit schlechter Zunahme bei entsprechenden Trinkmengen.

P. Platenga und **J. Filippo** (Haag, Holland), Anormale Zusammensetzung der Frauenmilch. (Ztschr. f. Kinderhkde. XIV. S. 166.) Untersuchungen, ob die Frauenmilch in den Fällen, wo die Kinder kurz vor dem Auftreten der Menstruation während der Laktation Störungen zeigen (Unruhe, Unlust des Kindes zum Trinken, vermehrte Stuhlentleerungen, eventuell Erbrechen, Körpergewichtsstillstand), analoge Veränderungen aufweist, wie wir sie bei der Kolostrummilch der ersten Tage vorfinden. Es zeigte sich tatsächlich eine analoge wechselnde Steigerung des Chlorgehalts, Abnahme des Milchzuckergehaltes trotz Fehlens von Stauung in der Brustdrüse. Dabei war die Milchmenge geringer als normal; wo die Sekretion sehr stark abnahm, wurde die Milch gelb wie Kolostrum. Mikroskopisch wurden Kolostrumkörperchen nachgewiesen. Letztere werden als mit Fett beladene Epithelzellen angesehen. Schick.

Theodor Jensen, Hintere Hals- und Nackendrüsen bei Säuglingen in den ersten neun Lebenstagen. (Frauenklinik u. Säuglingsheim Dresden.) Ztschr. f. Kinderhkde. XIV. S. 176.) 240 Kinder, von denen jedes ungefähr zehnmal untersucht wurde. Bei 104 = 43% waren Nackendrüsen nachweisbar. 24 mal waren sie gleich nach der Geburt, 24 mal vom 1. Tage, 16 mal vom 2. Tage, 14 mal vom 3. Tage an nachweisbar. Kein Fieber. Nach diesem Ergebnis können die vergrößerten Drüsen wohl zum überwiegenden Anteil nicht durch Infektion vom Nasenrachenraum oder Infektion überhaupt zustande gekommen sein. Ein Teil mag wirklich durch das Eintreten von Scheidenbakterien in den Mund des Kindes bei der Passage durch den Geburtskanal oder durch Schnupfen-, Grippeinfektion des adenoiden Gewebes bedingt sein. Ein durch Kaiserschnitt geborenes Kind hatte ebenfalls vergrößerte Nacken-

drüsen. Ein Zusammenhang dieser Drüsenhyperplasie mit den späteren Drüsenhyperplasien der Lymphatiker oder den Kindern mit exsudativer Diathese läßt sich bis jetzt nicht nachweisen. Zur Entscheidung müssen die Kinder nach längerem Intervall nachuntersucht werden. Schick.

J. Bauer (Düsseldorf), Der Schutz vor Infektionskrankheiten in Kinderheimen und Krippen. (D. m. W. 1917. Nr. 7.) Kinderheime, Krippen und Kinderbewahranstalten, wie sie durch den Krieg in großer Anzahl entstanden sind, sollen jeden Neuankömmling als infiziert betrachten. Der Neuaufgenommene wird, sofern er Masern und Keuchhusten noch nicht überstanden hat, 14 Tage, sonst 7 Tage in einem Einzelzimmer oder Boxe abgesondert. Erst dann kommt er in die gemeinschaftlichen Räume. Es wird vorgeschlagen, daß der einen Infektionskranken behandelnde Arzt dem Patienten ein Zeugnis darüber ausstellt, daß er die betreffende Infektionskrankheit überstanden hat, sofern es sich um eine Krankheit handelt, die im allgemeinen eine langdauernde Immunität hinterläßt, also um Masern, Scharlach, Keuchhusten im kindlichen Alter im besonderen. Grätzer.

Sigismund Peller, Längengewichtsverhältnis der Neugeborenen und Einfluß der Schwangerenernährung auf die Entwicklung des Fötus. (Aus der III. niederösterreichischen Landesgebärklinik und Hebammenschule und dem Seminar für soziale Medizin an der Universität in Wien.) (D. m. W. 1917. Nr. 27.) In der Maßen- und Gewichtsentfaltung der Neugeborenen machen sich biologische und soziale Momente in charakteristischer Weise geltend. Der Index der Körperfülle ist bei Mehrgeborenen größer als bei Erstgeborenen. Einer jeden Länge entspricht bei Mehrgeborenen ein größeres Durchschnittsgewicht als bei Erstgeborenen, bei letzteren ein größeres als bei Mehrlingsgeburten.

Diese Unterschiede wären mit der „Tumortheorie" des Fötus vereinbar und ließen sich mit verschiedener durchschnittlicher Schwangerschaftsdauer erklären.

Einer jeden beliebigen Länge entspricht bei den Kindern lediger Nichthausschwangerer 1. ein kleineres Gewicht als bei den Kindern lediger Hausschwangerer und 2. ein größeres Gewicht als bei den ehelichen Früchten der Klinik und Kindern des wohlhabenden Mittelstandes, wobei letztere die geringsten Werte aufweisen.

Der Index der Körperfülle wird größer, wenn gegen Ende der Gravidität die Schwangere eine Besserstellung erfährt („Hausschwangerschaft"); er wird kleiner, wenn sich die Graviden auch in den früheren und mittleren Schwangerschaftsmonaten einer Besserstellung erfreuen (die Verheirateten der Klinik und die Angehörigen des wohlhabenden Mittelstandes). Dieses Verhalten des Index steht mit der bekannten zeitlichen Inkongruenz zwischen Längen- und Gewichtswachstum des Fötus in Zusammenhang.

Die durch soziale Momente bedingten Unterschiede lassen sich also nicht durch verschiedene Schwangerschaftsdauer als Folge der Ruhe und Pflege erklären. Es geht aus ihnen vielmehr hervor, daß

die Ernährung der Schwangeren einen mitbestimmenden Faktor in der Entwicklung des Fötus abgibt. Grätzer.

Ernst Schloß, Über Rachitis. (Aus dem Großen Friedrichs-waisenhaus der Stadt Berlin-Rummelsburg.) IV. Die therapeutische Beeinflussung der rachitischen Stoffwechselstörung. (B. kl. W. 1916. Nr. 51.) Für eine Organotherapie der Rachitis fehlt noch jede Grundlage. Phosphor ist ganz wirkungslos, wogegen der Lebertran die größtmögliche Wirkung auf den rachitischen Stoffwechselprozeß ausübt. Bei der natürlichen Ernährung bedarf man noch der Kalk- bzw. Kalkphosphorsäuretherapie, wobei das Trikalziumphosphat den Vorzug verdient. Die kombinierte Lebertran-Kalkphosphortherapie hat die besten Erfolge. Sehr wichtig ist die Ernährungsfrage. Frauenmilch ist für den künstlich genährten Rachitiker ein direktes Heilmittel, nur muß man eben die dem Körper nötigen Mineralien, die in der Frauenmilch nur wenig vorhanden sind, hinzufügen. Die Darmvorgänge spielen eine große Rolle: die Abhängigkeit der Kalk- und Phosphorbilanz von der Konsistenz des Stuhles und von der Schnelligkeit seiner Passage durch den Darm ist unumstritten; jede Nahrungsänderung, die zur Bildung fester Entleerungen führt, verschlechtert die Kalk- und Phosphorbilanz, jede Konsistenzverringerung kann zur besseren Retention der knochenbildenden Mineralien führen. Milchzucker, noch besser Malzextrakt beeinflußt den Stoffwechsel günstig, Mehle, dextrinisierter Zucker, die Kaseine wirken umgekehrt. Sehr wichtig ist der frühzeitige Übergang zur gemischten Kost, d.h. zur Gemüse- und Obstzufuhr. Die Erklärung für diese günstige Wirkung der gemischten Ernährung gegenüber reiner Milchnahrung läßt sich in verschiedener Richtung suchen. Es kommen folgende Momente in Betracht:

1. Die Beseitigung der Obstipation mit ihrer fast obligaten ungünstigen Wirkung auf den Kalkumsatz.

2. Der reichliche Kalkgehalt der Gemüse, in einer Form, die nach der Lahmannschen Lehre besonderen Wert haben soll. Röhmann glaubt, daß der Kalk in den Gemüsen kolloidal gebunden ist und daher besser ausgenützt wird.

3. Der reiche Gehalt an Gesamtalkalien, der die bei der Rachitis mögliche relative Alkalopenie ausgleichen soll, zum mindesten aber im Darm günstige Umlagerungsbedingungen für die Salze schafft.

4. Der Gehalt an Ergänzungsstoffen bzw. Vitaminen.

Wir sehen, es bestehen genug Erklärungsmöglichkeiten für die gute Wirkung der gemischten Kost, und es ist möglich, daß alle zusammenwirken. Grätzer.

A. Tschirch, Zur Frage der Kriegsneugeborenen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Jena.) (M. m. W. 1916. Nr. 47.) Angeregt durch die Arbeiten von Momm, Ruge II und Mössmer über den Einfluß der Kriegskost auf die Entwicklung der Frucht ist auch Verf. dieser Frage näher getreten. Er wollte die Ergebnisse der obengenannten Veröffentlichungen nachprüfen und ferner feststellen, ob die Hausschwangerenkinder schwerer sein würden, als diejenigen von Frauen, die kreißend in die Anstalt eingeliefert wurden. Sollte die Beantwortung des ersten Punktes auch bei seinem Material

im Sinn der obengenannten Autoren verneinend ausfallen, und würde tatsächlich eine für die Hausschwangerenkinder günstige Gewichtsdifferenz bestehen, dann müßten Momente für diese Erscheinung bei der Entwicklung der Früchte im Spiele sein, die sicherlich unabhängig von der Ernährung der Mutter sind.

Verf. hat seinen Beobachtungen das Friedensjahr 1913 und das Kriegsjahr 1. September 1915 bis 31. August 1916 zugrunde gelegt, eine Zeit, von der man annehmen muß, daß sich die Kriegsernährung in ihrer Wirkung auf die Frucht mit Sicherheit geltend machen würde. Von den Hausschwangeren hat er nur diejenigen ausgewählt, die mindestens 4 Wochen vor ihrer Niederkunft in die Anstalt aufgenommen worden sind. Somit hat er eine Gewähr dafür, daß sich bei ihren Kindern gegebenen Falles die Einflüsse ihres Klinikaufenthaltes zeigen werden. Bei seinen Berechnungen hat Verf. nach dem Vorgang von Momm, Ruge II und Mössmer nur reife Früchte, also Kinder, die 2000 g und mehr gewogen und mehr als 48 cm gemessen haben, berücksichtigt. Kinder unter diesem Gewicht und Maß sind als unreif fortgelassen worden. In der folgenden Zusammenstellung finden sich für die beiden angegebenen Jahre die Durchschnittsgeburtsgewichte. Aus diesen sind dann die Gewichtsunterschiede der Kinder, die von den Hausschwangeren und derjenigen, die von den zur Geburt eingelieferten Frauen geboren worden sind, berechnet worden. Diese Differenzen sind mit einem +-Zeichen versehen, wenn sie zugunsten der Hausschwangerenkinder ausgefallen sind. Es ergibt sich:

Jahr	Erstgebärende			Mehrgebärende		
	Hausschwangere	Eingelieferte	Differenz	Hausschwangere	Eingelieferte	Differenz
1913	3181	3143	+ 38	3379	3262	+ 117
1915/16	3324	3150	+ 174	3387	3176	+ 211

Was zeigt uns die Tabelle? Sie zeigt uns, daß die Kriegskinder nicht kleiner geworden sind, sondern sich mit dem Gewicht der im Friedensjahr 1913 geborenen Kinder etwa das Gleichgewicht halten. Auch die Zahl der schweren Kinder ist nicht geringer geworden. Denn von den zu unserer Berechnung benutzten Kindern haben gewogen:

	1913	1915/16
über 3600	18,3 Proz.	15,4 Proz.
über 4000	2,5 Proz.	5,3 Proz.
Summe	20,8 Proz.	20,7 Proz.

Es bestätigt sich also auch hier wieder, daß die Kriegsernährung mit ihren wesentlichen Beschränkungen hinsichtlich des Eiweiß- und Fettgenusses keinen Einfluß auf die Entwicklung der Früchte hat. Wir müssen mit Momm annehmen, daß die Ansprüche des sich entwickelnden Fötus durch Erhöhung des mütterlichen Stoffwechsels

und durch Anpassung befriedigt werden. Er entwickelt sich tatsächlich rücksichtslos wie ein Parasit auf Kosten der Mutter.

Die Frage, ob die Kinder der Hausschwangeren schwerer sind, als die der eingelieferten Frauen, muß bejaht werden. Es handelt sich bei diesen Gewichtsunterschieden nicht um einzelne Gramme, sondern sie betragen, abgesehen von einer Ausnahme, mehr als 100, ja mehr als 200 g. 1913 übertreffen die Hausschwangeren ihre kreißend eingelieferten Mitschwestern in ihrer Leistung um 38 g bzw. um 117 gegen 174 g und sogar 211 g im Jahre 1915/16. Das sind Zahlen, an denen wir nicht so ohne weiteres vorübergehen dürfen. Wie kann man sich diese zum Teil doch recht auffällige Gewichtsdifferenz erklären? Nach Verf.'s Ansicht kommt die Ernährung der Mutter für die Entwicklung des Kindes nicht in Betracht. Außerdem ist noch zu bemerken, daß der Speisezettel in der Klinik im Laufe des letzten Kriegsjahres stark eingeschränkt werden mußte. Anfragen bei den eingelieferten Frauen haben ferner ergeben, daß das Essen außerhalb der Klinik mindestens ebensogut, wenn nicht besser ist. Der Unterschied ist wohl dadurch zu erklären, daß die Hausschwangeren in der Klinik unter guten hygienischen Verhältnissen nur leichte körperliche Arbeit verrichten, von der sie sich in angemessenen größeren Ruhepausen erholen können. Draußen dagegen muß von den Frauen zum Teil recht schwere und gerade jetzt im Kriege vermehrte Arbeit geleistet werden, von der sie sich nicht in dem Maße ausruhen, wie die Hausschwangeren. Diese eben skizzierte Anschauung wird durch die Tabelle außerordentlich gestützt; sehen wir doch die Differenz der Gebrutsgewichte bei den Hausschwangeren und den anderen Frauen im Gegensatz zu 1913, wo sie 38 g bzw. 117 g beträgt, im Kriegsjahr 1915/16 zu 174 g und sogar zu 211 g anwachsen.

Bei der jetzigen fett- und eiweißarmen Ernährung unserer Frauen lag die Annahme nahe, daß sie im Stillgeschäft eine Störung erfuhren. Auch diese Befürchtung ist hinfällig. Wie Baumm und Illner schon im Jahre 1894 nachgewiesen haben, wird in der Regel eine dem Säugling bekömmliche Milch produziert, wie auch immer die Mutter ernährt werden mag. Diese Feststellung haben die Autoren durch eine Reihe verschiedener Ernährungsversuche begründet. Diese bestanden in der Verabreichung von Eiweißkost, einer möglichst N-freien Kost, von Mastkost, von sauren, salzigen Speisen und von Gemüse, von vermehrter flüssiger Nahrung und von Alkohol in Form von $1^1/_2$ Litern Lagerbier pro die. Die sorgfältig beobachteten Experimente haben ergeben, daß zwar Schwankungen in der Milchzusammensetzung, besonders beim Fett zu beobachten sind, aber die Grenzwerte übersteigen weder nach oben noch nach unten kaum diejenigen, wie sie gelegentlich auch unter ganz normalen Verhältnissen gefunden werden. Auch Verf. steht auf dem Standpunkt, daß durch die Ernährung der Mutter keine Beeinflussung der Laktation stattfindet. Es wird grundsätzlich gestillt, und Verf. hat gerade in der Kriegszeit ausgezeichnete Erfolge erzielt. Bei der Durchsicht der Gewichtskurven hat Verf. im Kriegsjahr 1915/16 nur $2^0/_0$ schlecht gedeihende Kinder gefunden.

Verf. faßt nun seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Kriegskinder sind nicht leichter als die im Frieden Geborenen. Die Ernährung hat demnach keinen Einfluß auf die Fruchtentwicklung.

2. Die Kinder von Hausschwangeren sind schwerer, als die Kinder von kreißend in die Klinik eingelieferten Frauen. Die Ursache ist nicht in der besseren Ernährung, sondern in der geringen Arbeitsleistung und in der Ruhe der Hausschwangeren zu suchen.

3. Die Laktation wird durch die Kriegsernährung nicht beeinflußt. Grätzer.

Helene Hölder, Intrauterine Femurfraktur bei Spontangeburt in Schädellage. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen.) (Zbl. f. Gyn. 1917. Nr. 5.) Da die Fälle von Oberschenkelfraktur bei unkomplizierter Spontangeburt in Schädellage mit der üblichen Kunsthilfe bei Inempfangnahme des Kindes einerseits sehr selten sind, andererseits aber unter Umständen von forensischer Wichtigkeit werden können, mag der Bericht über eine in der Tübinger Frauenklinik gemachte Beobachtung interessieren.

Es handelt sich um eine 21 jährige Erstgebärende. Während der Schwangerschaft war sie wegen Gonorrhoe behandelt worden, sonst völlig gesund. Wassermann negativ. Letzte Periode 22. Dezember 1914. Aufnahmebefund am 15. September 1915: Fundus am Rippenbogen. Kopf beweglich im Beckeneingang. Rücken rechts, Herztöne rechts unten gut. Weichteile sehr straff. Keine entzündlichen Erscheinungen. Portio vaginalis 1 cm lang, Muttermund Grübchen, läßt die Fingerkuppe eindringen. Becken normal. Wehenbeginn am 26. September, also am normalen Ende der Schwangerschaft, 7 Uhr abends. Befund äußerlich wie bei der Aufnahme: Zweite Schädellage. Der Kopf ist erst am nächsten Morgen 9 Uhr 30 Minuten völlig ins Becken eingetreten. Impression fand nicht statt. Blasensprung 11 Uhr 10 Minuten. 12 Uhr 30 Minuten mittags Geburt eines lebensfrischen Mädchens in erster Hinterhauptslage. Dammschutz in Seitenlage, wegen der straffen Weichteile sehr schwer.

Nach der Geburt des Kopfes wendet sich das Gesicht des Kindes — entgegen der angenommenen zweiten Schädellage — zur rechten Schenkelbeuge der Mutter. Der Kopf wird in dieser Stellung etwas nach unten gedrängt, bis die vordere rechte Schulter geboren ist, sodann wird durch leichtes Heben des Kopfes die linke hintere Schulter über den Damm geleitet. Noch ehe sie aber über den Damm getreten ist, hört man ein deutliches Krachen. Auch der Rücken tritt entsprechend der ersten Schädellage aus. Der Zug am Kinde bei der Durchleitung des Rumpfes erfordert auffallend viel Kraft; die Entwicklung des kindlichen Rumpfes gelingt unverhältnismäßig schwer und langsam. Trotz der straffen Weichteile trat kein Dammriß ein.

Sobald das Kind, das sogleich kräftig schreit, zwischen den Schenkeln der Mutter liegt, fällt eine Deformität des linken Oberschenkels auf. Nachdem abgenabelt ist, wird im oberen Drittel des Femur eine erhebliche Dislokation und deutliche Krepitation festgestellt. Auch im Röntgenbild ist eine Querfraktur im oberen Drittel der Femurdiaphyse mit Winkelstellung ohne Kallus zu erkennen. Sonst zeigt das Kind keine Besonderheiten. Gewicht 2950 g, Länge 48 cm.

Im Heftpflasterextensionsverband glatte Heilung im Verlauf von 10 Tagen mit ziemlich starker Callusbildung.

Auf ausdrücklich dahin gerichtete Fragen gibt die Mutter an, daß sie im 6. Monat der Schwangerschaft einmal auf der Straße gefallen sei und sich das Knie aufgeschürft habe. Der klinische Befund, ebenso das Röntgenbild, beweisen eine ganz frische Verletzung ohne Kallus. Daß das Kind damals diesen Schaden erlitt, kann also nicht angenommen werden. Ebenso ist mit Sicherheit eine Verletzung nach

vollendeter Geburt auszuschließen, da die Fraktur noch vor dem Abnabeln bemerkt wurde.

Eine Expression nach Kristeller, die das Unglück verursacht haben könnte, hat während der Geburt nicht stattgefunden. Die Wehen waren dauernd gut; Krampfwehen traten nicht auf. Allerdings war die Kreißende sehr ungebärdig und warf sich oft herum, daß sie jedoch dabei das Kind geschädigt haben könnte, liegt kaum im Bereich der Möglichkeit.

Da ein deutliches Krachen gehört wurde, außerdem die Entwicklung des Rumpfes auffallend schwierig war, ist es das Wahrscheinlichste, daß der Oberschenkel erst während der Durchleitung der Schultern frakturierte.

Verfasserin nimmt an, daß eine Regelwidrigkeit des Geburtsmechanismus zu diesem unglücklichen Zufall führte, und zwar stellt sie sich das folgendermaßen vor: Der hintere linke Oberschenkel ging nicht, wie es die Regel ist, beim Übertritt aus der Gebärmutterhöhle in den Geburtskanal des Beckens in Streckstellung über, sondern behielt seine ursprüngliche Beugehaltung bei. Vielleicht darf man annehmen, daß der während der Geburt erfolgte Übergang des Rückens aus zweiter in erste Stellung dazu beitrug, die Beine des Kindes eine ungünstige Haltung im Sinne einer Beugung in den Hüften bewahren zu lassen. Erst innerhalb des kleinen Beckens, an einer Stelle des Geburtskanals, deren Durchmesser kleiner ist als die Länge des Oberschenkels, wurde nun der Femur zur Streckung gezwungen. Bei der Haltung des linken Oberschenkels, der hinten lag, mußte sich bei der durch die straffen Weichteile erschwerten Entwicklung des Kindes das linke Knie an der hinteren Beckenwand anstemmen. Während der kindliche Körper entsprechend der verlängerten Beckenausgangsachse nach oben gezogen wurde, mußte mithin notwendigerweise der linke Femur abgeknickt werden. Grätzer.

Walter Misch, Über Hemiplegie bei Diphtherie (6 Fälle). (Aus der II. inneren Abteilung des städt. Krankenhauses Moabit zu Berlin.) (Neurol. Zbl. 1916. Nr. 22.) Das Vorkommen von Hemiplegien bei Diphtherie ist ein so seltenes, daß die Beobachter von solchen, denen meist das Material größerer Infektionsabteilungen zur Verfügung stand, einen einzelnen oder wenige in verschiedenen Jahren beobachtete Fälle der Publikation für wert hielten. Die ersten derartigen Fälle wurden in den achtziger Jahren beschrieben, und die meisten seither erschienenen Mitteilungen über dieses Thema gingen über eine einzelne kasuistische Mitteilung nicht hinaus. Erst im Jahre 1913 sind aus drei großen Epidemien mehrere Fälle zusammengestellt worden: Leede sah in Hamburg-Eppendorf im Verlaufe von 4 Jahren 4 Fälle bei einer durchschnittlichen Jahresaufnahme von 2000 Diphtheriefällen, Dynkin in St. Petersburg (Infektionsabteilung des Städt. Krankenhauses) 2 Fälle, und Rolleston in London 6 Fälle unter mehr als 9000 Diphtheriefällen. Von diesen drei Autoren wird die gesamte Kasuistik der Diphtheriehemiplegien zusammengestellt, von Leede im ganzen 63 Fälle, von Dynkin 72, von Rolleston 65 Fälle, so daß sich eine neue Zusammenstellung an dieser Stelle erübrigt.

Das seltene Vorkommen der Hemiplegien bei Diphtherie veranlaßt Verf., hier 6 Fälle mitzuteilen, die während der letzten großen Berliner Diphtherieepidemie gegen Ende des Jahres 1915 beobachtet wurden. Während die Fälle der erwähnten Autoren während eines größeren Zeitraumes, die von Leede z. B. im Verlaufe von 4 Jahren gesammelt wurden, ist an Verf.'s Material als besonders auffallend hervorzuheben, daß von den 6 Fällen, von denen zwei zu Beginn oder vor der Epidemie beobachtet wurden, vier innerhalb 3 Monaten, vom September bis November, als die Epidemie ihren Höhepunkt erreicht hatte, in Erscheinung traten. Nach dieser Zeit wurde, trotz des großen Materials von zeitweise 300 Betten, nicht ein einziger Fall von Hemiplegie bei Diphtherie mehr beobachtet.

Die Häufung der Hemiplegien innerhalb eines kurzen Zeitraumes und insbesondere zu der Zeit, als die Epidemie ihren Höhepunkt erreicht hatte, kann nicht als bloßer Zufall aufgefaßt werden. Es muß dies mit irgendeiner Besonderheit, die ja eine jede Epidemie hat, in Zusammenhang gebracht werden, mit irgendeiner besonderen Affinität, die das Virus dieser Epidemie hatte und die auf dem Höhepunkt der Epidemie am stärksten hervortrat.

Aus der Tabellierung der Fälle geht nun hervor, daß es sich in allen Fällen um äußerst schwere Diphtherieerkrankungen mit schwerer Allgemeinschädigung besonders des Zirkulationsapparates handelt. Insbesondere war das Herz stets schwer geschädigt, was sich nicht immer durch physikalische Befunde am Herzen selbst nachweisen ließ, sondern sich stets durch sehr schlechte Qualität des Pulses dokumentierte; auch eine sehr schmerzhafte Leberschwellung war fast stets vorhanden, und die in fast allen Fällen vorliegende, ganz vorübergehend auftretende Nephritis ist vermutlich ebenfalls auf eine Stauungsniere zurückzuführen. Kennzeichnend für die starke Virusaffinität zum Herzen in dieser Epidemie war das Ergebnis der Sektionen, daß, im Gegensatz zu der klassischen Lehre von der reinen Herzmuskelentzündung, bei Diphtherie auffallend häufig, bei den Herzfällen so gut wie regelmäßig, beginnende Endokarditiden nachweisbar waren. Wenn in den Hemiplegiefällen keine Endokarditis gefunden wurde, so ist das vermutlich darauf zurückzuführen, daß der Exitus eingetreten war, bevor sich noch das vollständige Bild des Diphtherieherzens in seiner ganzen Schwere ausbilden konnte. Es ist also in allen Fällen die schwere Herzaffektion als Grundkrankheit der Hemiplegie anzusehen.

Als anatomische Grundlage der Hemiplegie fand sich in allen Fällen, die zur Sektion kamen, ein Embolus eines Gehirngefäßes, der nachweisbar von Parietalthromben der dilatierten Herzventrikel stammte. Die überlebenden Fälle zeigten eine Restitution der Lähmungserscheinungen, die ebenfalls eine Embolie annehmen ließ. In zwei der zur Sektion gekommenen Fälle lag der Embolus an der Gehirnbasis in der Carotis interna an der Abgangsstelle der Art. cerebri media; hier war natürlich der Funktionsausfall ein so beträchtlicher, daß die Kinder wenige Stunden nach eingetretener Embolie zum Exitus kamen, noch bevor sich ein Erweichungsherd markieren konnte.

Der Eintritt der Lähmung fiel in 5 der Fälle auf den 16. bis 20. Tag der Diphtherieerkrankung, was mit den von Leede und von Dynkin gemachten Erfahrungen ungefähr übereinstimmt; nur in einem Fall wurde die Hemiplegie erst am 31. Krankheitstage beobachtet. Es ist aber in diesem Fall nicht ausgeschlossen, daß sie bei dem Kinde eine Zeitlang übersehen wurde. Das regelmäßige Auftreten der Hemiplegie in der dritten Woche ist offenbar darauf zurückzuführen, daß sich die schweren Herzaffektionen erst zu dieser Zeit zu ihrer Höhe entwickelt haben.

Die Lähmungen verteilten sich zu gleichen Teilen auf die beiden Körperhälften. Es wurden 4 Mädchen und 2 Knaben betroffen. Das Alter schwankte zwischen 4 und 9 Jahren; es ist dabei zu betonen, daß unter dem in dieser Epidemie sehr großen Material von zum Teil sehr schweren, tödlich geendeten Diphtherieerkrankungen von Erwachsenen, besonders im Alter von 20 bis 30 Jahren, niemals eine Hemiplegie beobachtet wurde.

Hervorzuheben ist, daß sich in 5 der Fälle Gaumensegellähmungen, in einem Fall auch eine Schlucklähmung fanden. Diese Lähmungen waren meist schon vor der Hemiplegie aufgetreten, im Laufe der zweiten Woche, und sind wohl in ihrer auffallenden Regelmäßigkeit, die auch Dynkin hervorhebt, nur als Zeichen der Schwere der bestehenden Allgemeininfektion verwertbar.

Der Exitus erfolgte in der Hälfte der Fälle. Er trat nach 12 Stunden bis 12 Tagen ein. In allen Fällen ist er als Folge der bestehenden Herzaffektion zu betrachten; in einem Fall zeigte der Exitus das typische Bild des für Diphtherie charakteristischen akuten Herztodes, zu einer Zeit, als die Zirkulationsstörungen und die hemiplegischen Erscheinungen schon bedeutend gebessert waren.

Bei den übrigen 3 Fällen, die nicht zum Exitus kamen, zeigte die nach 4 bis 8 Monaten vorgenommene Nachuntersuchung eine bedeutende Restitution der bestehenden Lähmungserscheinungen. Insbesondere ließen sich keine Zeichen einer Sprachstörung und eines Intelligenzdefektes mehr nachweisen. Ausgesprochene Lähmungserscheinungen fanden sich in dem einen Fall nur noch im Gebiete der Hand-, in dem anderen Fall im Gebiete der Peroneusmuskulatur, bei dem dritten Fall bestand nur noch eine leichte Fazialisparese; eine vollständige Hemiplegie blieb in keinem der Fälle bestehen. Die Prognose dieser infantilen Hemiplegie ist also quoad functionem relativ gut zu stellen. Grätzer.

Becker, Die Dauererfolge der Behandlungen von Kindern in Nordseehospizen. (Aus dem städtischen Fürsorgeamt für Lungenkranke in Charlottenburg.) (M. Kl. 1916. Nr. 51.) Aus der Zusammenstellung geht hervor, daß die erzielten Resultate sehr günstig sind. Die Kinder waren durchgehends sowohl ihrer Abstammung und ihrer Umgebung nach als auch nach ihrem eigenen Zustand hochgradig von der Lungentuberkulose bedroht. Alle waren mehr oder weniger schwer skrofulös und blutarm, einige waren früher in einer Lungenheilstätte gewesen, andere litten an Knochen- und Brustfelltuberkulose, eine große Anzahl war bei der Entsendung bereits auf Lungentuberkulose verdächtig, nämlich 1910 von 24 Kindern 7,

1911 von 16 Kindern 6, 1912 von 20 Kindern 7, 1913 von 21 Kindern 4, 1914 von 23 Kindern 12, insgesamt von 104 Kindern 31, also fast ein Drittel sämtlicher Kinder. Von allen Kindern wurden nur 4, nämlich vom Jahrgang 1910: 3 und von 1914: 1, tuberkulös. Bei diesen verläuft die Tuberkulose, soweit man es bis jetzt beurteilen kann, günstig, und man kann wohl mit Recht annehmen, daß ein Grund für den günstigen Verlauf eben die Kräftigungskur an der See gewesen ist.

Auch auf den Verlauf der Knochen- und Bauchfelltuberkulose ist der günstige Einfluß des Seeaufenthaltes unverkennbar. Die Mehrzahl der Kinder wurde dadurch geheilt, und bei dem Kinde, das später einen Rückfall bekam, hatte an dem schließlichen günstigen Ausgang der Aufenthalt an der See wohl auch einen guten Anteil.

Nicht so günstig ist der Erfolg bei Asthma. Von den acht Kindern wurden nur zwei geheilt; bei den anderen sechs blieb das Leiden bestehen, wenn auch in weniger hohem Grade.

Nach allem ist der Aufenthalt an der See als ein vortreffliches Mittel zur Verhütung der Tuberkulose bei schwer bedrohten Kindern anzusehen. Auf eins sei jedoch hingewiesen. Nach den Erfahrungen eignen sich nicht alle Kinder für das Nordseeklima. Die Kinder können sehr schwer skrofulös und auch recht blutarm sein, sie müssen aber einen leidlichen Ernährungszustand haben. Kinder mit sehr schwerer Blutarmut und besonders Kinder mit hochgradiger Abmagerung, mit welker, schlaffer Haut, eignen sich eher für das mildere „sedative" Klima der Ostsee. Grätzer.

E. Liceu, Zur Symptomatologie der Herderkrankungen der motorischen Region bei Epileptikern. (Monatsschr. f. Psychol. u. Neurol. XLI. 1917. H. 1.) Bei einer seit Kindheit an allgemeiner Epilepsie leidenden Frau blieb im 67. Lebensjahre nach einigen Anfällen eine kurzdauernde Parese der linken Körperhälfte zurück, verbunden mit klonischen Zuckungen in der linken unteren Extremität und den linksseitigen Bauchmuskeln. Hierauf wieder generalisierte Anfälle, ohne Andeutung von Halbseitenerscheinungen, bis, nach mehr als 2 Jahren, wieder nach einer Serie von Anfällen, eine linksseitige spastische Hemiparese zurückblieb, die sich aber diesmal mit klonischen Krämpfen im Bereiche der oberen Extremität verband. 6 Wochen später ähnlicher Zustand, doch mehr mit Beteiligung der distalen Armabschnitte. Später wurden entweder allgemeine Anfälle ohne Halbseitenerscheinungen beobachtet, oder, wenn solche bestanden, äußerten sie sich in einer auf die Anfälle folgenden linksseitigen Hemiparese ohne Krämpfe. Nur zweimal wurden isolierte Krämpfe der linken Körperhälfte (beide Extremitäten betreffend) beobachtet.

Es konnte sich handeln 1. um eine „organische" Epilepsie mit atrophischen Sklerosen im Hirn und Fortschreiten des Prozesses von den primär veränderten Partien (stumme Region) aus, 2. um eine Kombination von genuiner Epilepsie mit Hirntumor, spez. Gliom, 3. um eine Allgemeinerkrankung der Hirnrinde im Sinne einer genuinen Epilepsie verbunden mit stärkerer Akzentuation und herdförmiger Gestaltung des für dieselbe charakteristischen Prozesses.

4. um das zufällige Zusammentreffen einer, sei es genuinen, sei es auf einer anderen Grundlage beruhenden Epilepsie mit arteriosklerotischen Veränderungen. — Die Sektion ergab nun die Koexistenz einer auf anderer Grundlage bestehenden Epilepsie mit einem Endotheliom der Dura in der Gegend der rechten vorderen Zentralwindung. Mit dem Manifestwerden dieses neuen Herdes nahm die Anzahl der epileptischen Anfälle bedeutend zu, und es trat namentlich die Neigung zu gehäuften Anfällen auf. Außerdem machte sich die Jacksonkomponente durch die Anfälle mehrere Tage überdauernde halbseitige Lähmungen, einige Male verbunden mit Krämpfen, bemerkbar. Einmal begannen auch die Krämpfe links, und zweimal wurde beobachtet, daß die Krämpfe in der linken Körperhälfte stärker waren als in der rechten. Isolierte Jacksonkrämpfe entsprechend dem erkrankten Fokus wurden nie beobachtet. Das konstanteste Symptom der Halbseitenläsion war eine spastische linksseitige Parese, die im Bein länger anhielt. Kurt Mendel.

Arnold Kutzinski, Aphasische Störungen nach gehäuften epileptischen Anfällen. (Monatsschr. f. Psychol. u. Neurol. XL. 1916. H. 4.) 7 jähr. Kind. Anfangs Petitmalanfälle, dann schwere Krampfanfälle, bis zu 40 an einem Tage. Außerdem bestand eine hochgradige zerebellare Ataxie und Asynergie, eine Hypotonie der Extremitäten, eine Herabsetzung der Sehnenreflexe, gelegentlich positiver Babinski nach den Anfällen, sowie eine Sprachstörung, die im wesentlichen das Bild der motorischen Aphasie bot. Mit dem Aufhören der Anfälle besserte sich die Sprachstörung im Verlaufe von etwa 2 Monaten sehr schnell, nur einzelne Reste waren noch nachweisbar. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß sich im Anschluß an die gehäuften epileptischen Anfälle eine Hirnschwellung (Reichardt) entwickelt hat, die ihrerseits zu dem herdähnlichen Symptomenkomplex, besonders zu den Herdsymptomen der Aphasie, geführt hat.

Ein zweiter Fall lag ganz ähnlich; die Sprachstörung wurde jedesmal etwas gebessert, wenn die Anfälle seltener waren, mit dem allmählichen Aufhören der Anfälle kam auch die Sprachstörung zum Abklingen. In diesem Falle bestanden anfangs nur isolierte Zuckungen im Gebiete der rechten Fazialis nach Jacksonschem Typus.

Kurt Mendel.

Hansen, Gehäufte kleine Anfälle bei Zwillingen. (Psych.-neurol. Woch. XIVII. 1916/17. Nr. 41/42.) Zwillinge, die erblich belastet (Oheim Epileptiker), seit dem 10. Lebensjahre an Petitmal-Anfällen leiden. Dazu unruhiges Wesen, lebhaftes Temperament. Alle angewandten Mittel ohne wesentlichen Erfolg.

Kurt Mendel.

Mönkemöller, Die Strafe in der Fürsorgeerziehung. (Ztschr. f. Kinderforschung. XIX. 1914. H. 3—5.) Verf. bespricht die Einwirkung der Strafe auf die verschiedenen psychopathologischen Typen der Fürsorgezöglinge: die angeborenen Schwachsinnigen, die ethisch und moralisch Verkommenen, die Schwachsinnigen, die zu stärkeren Stimmungsschwankungen neigen, die Epileptiker, die paranoischen Naturen, die Dementia praecox-Kranken, die hysterischen Naturen, die nervösen Naturen und die psychopathischen Konstitutionen.

Zusammenfassend bemerkt Verf., daß zwar ein Teil der Fürsorgezöglinge durch die Strafe günstig beeinflußt wird, daß aber bei einem nicht unbeträchtlichen Teile der Fürsorgezöglinge schwere psychiatrische Bedenken in den Strafvollzug hineinragen.

Verf. gibt dann eine Anzahl von Reformvorschlägen an. Vor allem fordert er die Mitarbeit des Psychiaters. Für wünschenswert hält er, die ärztliche Untersuchung der Fürsorgezöglinge vor dem Strafvollzug oder zum mindesten möglichst bald nach der Einlieferung in die Fürsorgeanstalt vorzunehmen. K. Boas.

H. Schnitzer, Forensische Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. (Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. VI. 1914. H. 2. S. 75.) Verf. schildert an der Hand von 18 kurzen Krankengeschichten die verschiedenen Typen der Fürsorgezöglinge. Am häufigsten liegt bei ihnen Imbizillität vor. In 2 Fällen bestand Idiotie. In den meisten Fällen liegt die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit klar, nur bei den Psychopathen bestehen in dieser Hinsicht oft große Schwierigkeiten. Die Fürsorgezöglinge nehmen unter den Kriminellen eine besondere Stellung ein. Die Strafmündigkeitsgrenze trägt den tatsächlichen Verhältnissen nicht genügend Rechnung. Im übrigen muß jeder Fürsorgezögling individuell behandelt werden. Verf. fordert darum mit Recht eine Reform des Jugendstrafrechts, von der er sich weiteren Segen für die Fürsorgeerziehung und das Institut der Jugendgerichte erhofft. K. Boas.

R. Weber, Über die Beurteilung der psychischen Hemmungen für die Beurteilung durch Schul- und Gerichtsärzte. (Ztschr. f. Medizinalbeamte. 1915. Nr. 5.) Auch bei psychisch normalen Menschen wird eine große Zahl von zweckwidrigen, unsinnigen, verbrecherischen oder gar verrückten Trieben beobachtet. Der Mensch an und für sich ist zu jedem Verbrechen veranlagt. Alle Triebe werden durch die psychischen Hemmungen geregelt, entweder ganz unterdrückt oder in einer dem Charakter des Einzelnen angepaßten Weise zur Ausführung gebracht. Die psychischen Hemmungen beruhen auf der physiologischen Tätigkeit anatomisch vorgebildeter Organe, die in hohem Maße entwicklungsfähig sind. Alle Hemmungen dienen letzten Endes der Erhaltung der Art und der Person. Sie sind entwicklungsgeschichtlich aus den Urhemmungen (Fortpflanzung und Selbsterhaltung) abzuleiten. Die Kenntnis dieser Tatsachen ist wichtig für die Beurteilung der Verantwortlichkeit bei Straftaten und Verbrechen besonders jugendlicher Personen.

K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

F. Beekman, Precocions maturity in girls with report of a case. (Arch. of Pediatrie. XXXII. 1915. Nr. 4.) Bericht über ein 6 jähriges frühentwickeltes Mädchen, bei dem bereits die Periode aufgetreten war. Zeitweise bietet Patientin eigenartige Anfälle von Zwangslachen dar, die ebenfalls in diese Zeit fallen. Auch die Epiphysenentwicklung war der Pubertät entsprechend. Psychisch und

sexuell dagegen entsprach die Patientin der Pubertät nicht. Die Sella turcica schien etwas erweitert.

Der Hypergenitalismus beim Hypernephrom hat mit echter prämaturer Pubertät nicht das Mindeste zu tun. Kurt Boas.

Alexander Duane, Torticollis relieved by tenotomy of the inferior oblique. (Arch. of Ophthalmology. XLV. 1916. Nr. 1.) Der Fall des Verf.'s betrifft ein drei Jahre altes Mädchen mit Torticollis. Es bestand eine kongenitale Insuffizienz des rechten Rectus superior. Fixation mittels des paretischen Auges. Scharfe sekundäre Abweichung nach dem linken (gesunden) Auge. Die vollständige Tenotomie des linken Obliquus inferior brachte vollständige Heilung.

Der Verf. bespricht ausführlich die Technik der Operation und das Zustandekommen solcher Torticollisfälle. Der Torticollis beruht demnach auf dem lateralen und vertikalen Doppelsehen infolge der Ablenkung der Augen. Solche Pseudotorticollis kann auch auf anderen angeborenen Abweichungen beruhen, z. B. angeborener Lähmung des Rectus inferior. In einem Falle, in dem bei einem 22 jähr. Mädchen eine vertikale Abweichung von 30° infolge einer Lähmung des Rectus inferior bestand, half die orthopädische Behandlung gar nichts. Verf. beseitigte dann das Leiden vollständig durch eine Tenotomie des Rectus superior.

Des Zeitpunkt, zu dem operiert werden soll, hängt von den Symptomen ab. Man soll frühzeitig, sogar schon mit drei oder vier Jahren, operieren. Man soll erst eine orthopädische Behandlung versuchen und die Refraktion korrigieren wie bei anderen Formen des Strabismus. Man halte sich aber nicht zulange damit auf. Es kommt im wesentlichen darauf an, zunächst die vertikale Abweichung zu beseitigen. Es geschieht das am besten durch eine Tenotomie des Obliquus inferior. Kurt Boas.

J. G. Drossaers, Bijdrage tot de localisatie von perifere facialis-verlammungen. (Nederlandsch Tijdsch. voor geneeskunde. I. 1916. Nr. 15.) Verf. berichtet über einen Fall von rechtsseitiger peripherer Fazialislähmung bei einem Kinde mit starker Schwellung und Druckempfindlichkeit der rechten Gesichtshälfte. Beim Versuch, das rechte Auge zu schließen, wird der Bulbus nicht aufwärts bewegt. Eine Kontraktion des Musculus levator palpebrae war beim Versuch, bei abwärts gerichtetem Blick die Augen zu schließen, nicht möglich.

Verf. nimmt als Ursache der Erkrankung eine Kernlähmung auf dem Boden einer Poliomyelitis acuta an. Kurt Boas.

Ch. Chatelin, Le diagnostic de l'anencéphalie avec ou sans hydrocéphalie apparente par la recherche de la transparence du crâne. (Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris. 1914. Nr. 4.) Es gelang dem Verf. in zwei Fällen von „anencéphalie hydrocéphalique" (Cruveilhier) die richtige Diagnose durch die Transparenz des Schädels bei Durchleuchtung desselben zu stellen. In beiden Fällen war der ganze Schädel durchleuchtbar (mit Ausnahme der Fossa cerebellosa im zweiten Falle). In letzterem Falle bot der Schädel ein vollkommen normales Bild dar. Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

V. Kongreß für Säuglingsschutz und III. Krippenkonferenz. Karlsruhe, 24. und 25. Mai 1917.

I. Als erster Redner zu dem Thema „**Die Mutterschaftsversicherung**" sprach Dr. Alfons Fischer (Karlsruhe) über: **Die sozialhygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe.** Der Redner hat im Auftrage der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz den Versuch gemacht, statistische Unterlagen für die sozialhygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe zu bringen. So wurde vor allem danach geforscht, wie sich die Stilltätigkeit nach Umfang und Dauer unter dem Genuß der Reichswochenhilfe gestaltet hat und wie viele unter den Säuglingen der im Jahre 1915 unterstützten Mütter das erste Lebensjahr überschritten haben. Zugleich wurde geprüft, welchen Einfluß die Säuglingsfürsorgestellen ausgeübt haben. Die notwendigen Unterlagen für diese Untersuchung wurden, soweit es sich um außerbadisches Material handelt, vorzugsweise vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen zur Verfügung gestellt; sie beziehen sich auf die Städte Dresden, Plauen, Sonneburg, Stuttgart und Frankenthal (Pfalz). Der badische Zahlenstoff, welcher mit Hilfe von fünf allgemeinen Ortskrankenkassen und drei großen Betriebskrankenkassen gewonnen wurde und aus Karlsruhe, Mannheim, Pforzheim, Offenburg und Konstanz stammt, ist in Vergleich gesetzt mit dem Jahre 1911, für welches in Baden eine ähnliche Erhebung amtlich veranstaltet worden ist. Das Material betrifft etwa 6000 Wöchnerinnen des Jahres 1915 und 17000 Entbundene des Jahres 1911. Fischer kommt zu dem Ergebnis, daß unter dem Einfluß der Reichswochenhilfe die Stillziffern verhältnismäßig sehr groß, die Stilldauer sehr lang und die Säuglingssterblichkeit sehr niedrig wurden. Von den 1314 Frauen, welche in Dresden während des in Betracht gezogenen Jahres die Reichswochenhilfe empfangen und deren Kinder das erste Lebensjahr überschritten haben, haben 86,76% gestillt; von ihnen haben 50,08% über drei Monate und 21,08% über zwei Monate die Stilltätigkeit ausgeübt. Die Sterblichkeit unter den Kindern der unterstützten Frauen belief sich auf 7%, während die Säuglingsmortalität im Jahre 1914 zu Dresden 12,2% betrug. Die Sterblichkeit betrug in den genannten fünf badischen Städten unter den in Betracht kommenden Kindern des Jahres 1911 16,74%, im Jahre 1915 dagegen nur 9,46%; in den dazugehörigen Landgebieten belief sich die Säuglingsmortalität im Jahre 1911 auf 17,18%, im Jahre 1915 dagegen nur auf 10,76%.

Der zweite Vortragende, Oberarzt Dr. Rott (Berlin), behandelte: **Die Gestaltung der Mutterschaftsversicherung nach dem Kriege.** Die Notwendigkeit, die Reichswochenhilfe nach dem Kriege fortzuführen, ist nicht nur von den Wohlfahrtsvereinigungen, sondern auch von Krankenkassen und wirtschaftlichen Verbänden betont worden. Reichstag und Abgeordnetenhaus haben sich auch bereits mit der Frage beschäftigt. Die Hauptschwierigkeiten für die Einführung einer allgemeinen Mutterschaftsversicherung liegen in erster Linie in der Abgrenzung des Bevölkerungskreises, der einer Wochenhilfe bedarf, zum anderen in der Art der Durchführung. Beschränkt man sich bei Regelung der Frage auf die wirklich wochenhilfsbedürftigen Weiblichen, aber auch auf nicht weniger als diese, dann würden für eine allgemeine Mutterschaftsversicherung folgende Teile der Bevölkerung in Betracht kommen: 1. die bisher schon Zwangsversicherten; 2. die Ehefrauen der Zwangsversicherten, die nicht selbstversichert sind; 3. solche, die nicht unter die Zwangsversicherung fallen, aber ein Einkommen von nicht mehr als 4000 Mark haben. Die Ausgestaltung würde durchzuführen sein: 1. durch den Ausbau der Reichsversicherungsordnung im Sinne der Leistungen der Reichswochenhilfe, ohne die Personalbeschränkung derselben, und unter Einbeziehung der nichtversicherten Ehefrauen der Versicherten in bezug auf Wochenhilfe und Stillgeld; 2. durch Bildung einer zwangsmäßigen, als Reichskasse zu gestaltenden Mutterschaftsversicherungskasse für alle nicht unter die Reichsversicherungsordnung fallenden Ehefrauen, deren eigenes oder Familieneinkommen 4000 Mark nicht übersteigt. Der Ausbau der Reichsversicherungsordnung soll bestehen 1. in einer Erhöhung der Wochenhilfeleistungen; 2. in der Änderung der freiwilligen Leistungen in Regelleistungen, insbesondere in bezug auf Schwangerenhilfe, Geburtshilfe und Stillgeld. Die Kosten dürfen nicht den Krankenkassen allein aufgebürdet werden. Das Reich muß einen Zuschuß gewähren. Die Zwangsversicherung für die nicht

von der Reichsversicherungsordnung erfaßten Personen wird am besten durch die Landesversicherungsanstalten durchgeführt werden.

II. **Die Ausbildung der Kreisfürsorgerin.** Der erste Vortragende, Priv.-Doz. Dr. Groth (München), behandelte den **Lehrplan und Ausbildungsgang der Kreisfürsorgerinnen.** Die Eigenart der ländlichen Bevölkerung verlangt, daß die innerhalb eines örtlich begrenzten ländlichen Gebietes arbeitende Fürsorgerin eine diesen besonderen Aufgaben angepaßte Vor- und Ausbildung erfährt. Als wünschenswert erscheint im Interesse ihres Ansehens, daß die Fürsorgerin die ihr überantworteten Volksschichten durch ein gewisses Maß von allgemeiner Bildung überragt. Es ist daher in der Regel der erfolgreiche Besuch einer höheren Mädchenschule oder einer gleichwertigen Erziehungsanstalt zu fordern, wenn es auch nicht unbedenklich ist, daß dadurch geeignete Persönlichkeiten von ihrer Mitwirkung ferngehalten werden. Unerläßlich ist eine gründliche Ausbildung in allgemeiner Krankenpflege und der Nachweis der bestandenen staatlichen Prüfung, wo eine solche eingeführt ist. Da die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge den größten und wichtigsten Teil der gesamten Fürsorge bildet, ist zu verlangen, daß die in der Krankenpflege erworbenen Kenntnisse durch eine etwa halbjährige Ausbildung in anerkannten Säuglingsheimen bzw. Säuglings- und Kinderkrankenanstalten zu erweitern sind, wobei eine theoretische und praktische Unterweisung in der geschlossenen, halboffenen und offenen Fürsorge, Mutterschutz, Pflegekinder- und Vormundschaftswesen, Krüppelfürsorge, Bevölkerungslehre und die Grundlagen der sozialen Versicherung, sowie die gesetzlichen Bestimmungen über Mutter- und Kinderschutz zu erteilen ist. Besondere Lehrgegenstände sollen ferner Armenpflege und Hauswirtschaftslehre für wirtschaftlich schlecht gestellte Familien bilden. Der Abschluß des Lehrganges erfolgt, soweit tunlich, durch eine mehrwöchige praktische Tätigkeit unter Leitung einer Kreisfürsorgerin und durch Ablegung einer Prüfung.

Die zweite Vortragende, Fräulein Wilhelmine Schubert (München) machte über **Die Anforderungen der Praxis an die Kreisfürsorgerin** etwa folgende Ausführungen: Die Kreis- und Bezirksfürsorgerin wird die praktische Tätigkeit in ihrem Arbeitsgebiet damit beginnen, daß sie alle jene Persönlichkeiten kennen zu lernen sucht, die — durch Beruf oder Neigung — in der Fürsorge tätig oder dafür interessiert sind: Kreisarzt, Verwaltungsbeamte, Ärzte des Kreises, Vormundschaftsrichter, die Gemeindewaisenräte und die Gemeindevorsteher, Gemeindeschwestern, Schwesternschaften, die Träger aller vorhandenen Wohlfahrtseinrichtungen, Hebammen. Aus dieser Fühlungnahme ergibt sich von selbst, daß die Fürsorgerin Einblick gewinnt in die Art und die Lebensgewohnheiten der Bevölkerung (Landwirtschaft, Industrie, Hausindustrie), insbesondere in gesundheitlicher Hinsicht. Die praktische Tätigkeit wird in allen Orten, in denen Fürsorgeeinrichtungen schon bestehen, an diese angegliedert werden. Sind noch keine vorhanden, so ist es Aufgabe der Fürsorgerin, ihre Einrichtung anzuregen und vorzubereiten. Bei allen vorhandenen Fürsorgestellen (Säuglings- und Kleinkinder-, Tuberkulose-, Krüppelfürsorgestellen) soll die Fürsorgerin, soweit möglich regelmäßig, als Helferin des Arztes anwesend sein. Die belehrende Tätigkeit besteht im wesentlichen im Abhalten von Vorträgen mit praktischen Unterweisungen in Säuglings- und Kinderpflege und Ernährung und den einfachsten Grundsätzen der häuslichen Hygiene bei Mütterabenden, in Mädchenvereinigungen, bei Fortbildungsschülerinnen und, wo sich das ermöglichen läßt, in den obersten Klassen der Mädchenschulen. Die wichtigste Arbeit der Fürsorgerin besteht in lückenlosen, nach Bedürfnis und Möglichkeit wiederholten Hausbesuchen bei allen Schwangeren, Wöchnerinnen, Müttern von Säuglingen und Kleinkindern und bei allen Pflegekindern des Bezirkes.

An die Verhandlungen schloß sich eine rege Aussprache an.

Krippenkonferenz.

Kommerizenrat Übelen (Hannover-Linden): **„Zur Frage der Fabrikkrippe."** Nach den Berichterstattungen der Krankenkassen ist die Zunahme der weiblichen Versicherten im Kriege auf eine halbe Million zu schätzen. Am 1. April 1917 waren mehr Frauen als Männer krankenversicherungspflichtig: 4266000 gegen 4230000. Während für die Frau gesetzliche Bestimmungen vorhanden sind (Reichsversicherungsordnung, Gewerbeordnung), die ausreichend sind, um sie vor gesundheitlichen Nachteilen zu schützen, ist das Kind, dem die Mutter durch

außerhäusliche Erwerbstätigkeit entzogen wird, in seinem Dasein schwer gefährdet. In Gegenden mit ausgedehnter weiblicher Fabrikarbeit herrscht oft erschreckend hohe Säuglingssterblichkeit. Geht die Mutter zur Arbeit, so kann sie ihr Kind nicht stillen. Es gilt daher, Maßnahmen zu treffen, die die Weiterstillung des Kindes — möglichst ein halbes Jahr — wenigstens aber ein Vierteljahr — ermöglichen. Neben der von Rott vorgeschlagenen Maßnahme, für das erste Vierteljahr nach der Geburt ein Arbeitsverbot zu erlassen, kommt die Einrichtung von Fabrikkrippen in Betracht, die sich in Österreich und auch in ihrer eigentlichen Heimat, den romanischen Ländern, gut bewährt haben. Es sind zwei Formen von Fabrikkrippen zu unterscheiden: 1. die Fabrikstillkrippe oder Stillstube; 2. die bei uns bekanntere Form, eine Krippe wie jede andere, die im Bereiche der Fabrik liegt und neben künstlich genährten Säuglingen auch Kinder bis zum dritten bis sechsten Lebensjahre, bisweilen auch Schulkinder aufnimmt und sich damit dem Kindergarten und Kinderhort nähert. Der Zweck der Stillkrippe ist ausschließlich, der Arbeiterin die Möglichkeit zu geben, ihr Kind selbst zu stillen, auch nach der Wiederaufnahme der Arbeit. Um dies durchführen zu können, bedarf es auch der Gewährung von Arbeitspausen von seiten der Fabrikleitung. Daß die Stillkrippe bisher in Deutschland vereinzelt geblieben ist, dürfte auf Bedenken in gesundheitlicher und finanzieller Hinsicht zurückzuführen sein. Nach den vorliegenden ärztlichen Berichten sind die geäußerten gesundheitlichen Bedenken nicht stichhaltig. Was den zweiten Grund anbetrifft, so kann der Vortr., der Generaldirektor der Mechanischen Weberei in Hannover-Linden, die seit vielen Jahren eine Fabrikkrippe für 50 Säuglinge, 80 Kleinkinder im Alter von 2—6 Jahren und 110 Schulkinder bis zu 14 Jahren unterhält, einen Nachteil für den Fabrikbetrieb nicht erblicken. Dagegen erwachsen einem Betriebe durch eine Krippe auch schon insofern Vorteile, als sie sich die Arbeiterinnen seßhaft machen kann. Die Krippe der Mechanischen Weberei erfreut sich auch bei der Arbeiterschaft großer Beliebtheit. Die Kosten der Einrichtung einer Fabrikkrippe sind allerdings keine geringen. Sie sind nicht groß, beschränkt man sich nur auf eine Stillkrippe, größer, wenn die Krippe auch mit größeren Kindern belegt werden soll; aber die Kosten machen sich bezahlt. Man kann auch mit bescheidenen Mitteln hygienisch einwandfreie Einrichtungen schaffen.

Privatdozent Hohlfeld (Leipzig): **„Die Gefahr der Infektionskrankheiten in den Krippen und ihre Bekämpfung.“** Die Gefahr der ansteckenden Krankheiten ist in der Krippe groß, weil diese Krankheiten in den Jahren, denen die Krippenkinder angehören, ungleich häufiger zum Tode führen als jenseits dieser Altersgrenze. Dazu kommt die Eigenart des Krippenbetriebes, der es mit sich bringt, daß die Kinder jederzeit außerhalb der Krippe eine ansteckende Krankheit erwerben und in die Krippe einschleppen können. Wer diese Krankheiten wirksam bekämpfen will, muß daher immer auf dem Posten sein. Deshalb ist die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in erster Linie eine Aufgabe für den Arzt und das Pflegepersonal. Erfüllen diese ihre Pflicht, so kann man die ansteckenden Krankheiten wirksam bekämpfen, wenn die Raumfrage in befriedigender Weise gelöst ist. Dazu gehört die Beschränkung des Betriebes auf die Versorgung von etwa 40 Kindern, die Vermeidung von Überfüllung, besonders im Aufnahmeraum, und eine zweckmäßige Verteilung der Kinder neben dem Vorhandensein von Absonderungsräumen. Diphtherie und Masern verlangen besondere Abwehrmaßregeln.

Den Verhandlungen folgte eine rege Diskussion.

III. Therapeutische Notizen.

Zur Behandlung des Scharlachs schreibt Dr. Ströll (München): „Bei dieser Krankheit ist gleich von deren Beginn an folgende Inhalation bei Tag (2 stündlich) nötig:

Rp. Thymol 0,5
Alkoh. absolut. 5,0
Aqu. dest. tepid. ad 500,0
S. z. inhalieren.

Diese Inhalationen müssen bis zur Apyrexie fortgesetzt werden. Hierdurch werden die Bakterien im Munde und Rachen vernichtet und so die Entstehung von Komplikationen, wie schwere Angina, Lymphadenitis, Otitis media, verhütet. Um aber auch die Wirkung der Scharlachtoxine zu zerstören und dadurch eine Nephritis zu verhindern, ist weiter noch nötig gleich vom Beginn des Scharlachs an Darreichung folgender Arznei:

Rp. Natr. benzoic.
Tinct. Myrrh. 5,0
Aqu. dest. 100,0
Syr. cort. aurant. 20,0
S. n. Bericht.

Diese Arznei muß bis zur Fieberlosigkeit 2 stündlich gegeben werden, und zwar bei Kindern ein Kinderlöffel (10,0), bei Erwachsenen ein Eßlöffel. Bei dieser Behandlung erfolgt auch entweder eine sehr rasche Abschuppung oder nur eine sehr geringe, so daß die Dauer der Erkrankung gekürzt wird. Da Verf. den Erfolg dieser Behandlung erst an 5 Patienten erproben konnte, ihm aber zahlreiche Scharlachfälle nicht zu Gebote stehen, so bittet er um Nachprüfung.

(Allg. m. Zztg. 1916. Nr. 50.)

Providoformbehandlung der Diphtherie. Von Dr. G. A. Wätzoldt und Dr. J. v. Roznowski. (Aus der I. und II. inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin.) Verff. konnten durch die Behandlung weder eine Beschleunigung des lokalen Krankheitsablaufes, noch eine Beschleunigung des Eintritts der endgültigen Bazillenfreiheit erzielen. Auch ist nach ihren Erfahrungen unwahrscheinlich, daß eine dauernde Providoformbehandlung Diphtheriebazillenträger bazillenfrei machen könnte. Versuche mit der Salbenbehandlung der Nasendiphtherie sind noch nicht abgeschlossen, doch berechtigen die bisherigen Erfahrungen nicht zu großen Hoffnungen.

(Ther. d. Gegenw. Novemb. 1916.)

Bei Nasendiphtherie spritzt Dr. H. Schwerin (Berlin) nicht in jedem Falle Serum ein, sondern nur bei Fällen mit hoher Temperatur und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Sonst genügt es, mehrmals täglich weiße Präzipitatsalbe mit einem Glasstäbchen tief in die Nasenlöcher einzustreichen, nachdem etwa vorhandene Borken vorher mit Öltampons aufgeweicht sind. Diese Behandlung wirkte ausnahmslos vorzüglich. (M. m. W. 1916. Nr. 46.)

Schwerste Larynxstenose in zwei Fällen durch Suprarenin beseitigt. Von Dr. Riebes (Hachenburg). Einmal handelt es sich um einen 2 jährigen Knaben mit fortgeschrittener Diphtherie, bei dem die Tracheotomie nicht mehr indiziert erschien, weil der Prozeß schon auf den Bronchialbaum hinabgestiegen zu sein schien. Verf. trug gerade Augentropfen bei sich, die er bei Schwellung und Rötung der Bindehaut mit promptem Erfolge benutzt:

Rp. Zink. sulfur. 0,01
Cocain. mur. 0,1
Suprarenin (1 : 1000) 3,0
Aq. dest. 10,0

Es kam ihm nun der Gedanke, diese auch gegen die Zuschwellung der kaum lidspaltengroßen Stimmritze zu versuchen, um dem qualvollen Zustande des Kindes ein Ende zu machen. Er träufelte mit der Tropfpipette erst durch das eine Nasenloch 5 Tropfen ein, nach einigen Minuten ebenso durch das andere — der Zustand besserte sich allmählich, und nach 24 Stunden war die Lebensgefahr beseitigt. Im anderen Falle lag Laryngitis stridula acutissima bei einem 5 jähr. Kinde vor. Starke Rötung und Schwellung der Stimmbänder, der Regio intraarytaenoidea und Epiglottis. Hier wirkte obige Therapie sofort: der Stridor schwand fast augenblicklich, um nicht mehr wiederzukehren. — Wenn Verf. noch hinzufügt, wie eine unverdünnte käufliche Suprareninlösung (20 Tropfen), mittels weichen Katheters einmal in die entleerte Blase eingebracht, bei einem alten Prostatiker mit fieberhafter Prostatitis die 4 Wochen lang aufgehobene Fähigkeit spontanen Urinierens dauernd wiederherstellte, so ist wohl die weitere Empfehlung des Mittels als Antistenotikum überflüssig. (Ther. d. Gegenw. 1917. Nr. 2.)

IV. Neue Bücher.

Feer. **Lehrbuch der Kinderheilkunde.** 4. Aufl. Jena, G. Fischer. Preis M. 13, geb. M. 15.

Das Feersche Lehrbuch hat auffallend rasch die 4. Auflage erlebt, ein Zeichen der Wertschätzung, deren es sich unter den Fachgenossen erfreut. Wir haben bereits in früheren Jahren genügend hervorgehoben, daß das Werk diese Wertschätzung durchaus verdient. Jetzt, wo sich die Notwendigkeit allenthalben geltend macht, für einen gesunden und starken Nachwuchs zu sorgen, wo die Kinderheilkunde zweifellos noch mehr an Bedeutung gewinnen wird, ist die Genugtuung und Freude für uns um so größer, daß wir Deutschen ein solches Lehrbuch besitzen. Grätzer.

J. v. Mikulicz und Frau V. Tomasczewski. **Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung.** 4. Aufl. Jena, G. Fischer. Preis M. 3, geb. M. 4,50.

Auch dieses Buch, das schon vor dem Kriege sich einen sehr großen Freundeskreis erworben und ebenfalls mit vollem Recht erworben hat, wird jetzt doppelt willkommen sein. Die 108 Figuren im Text ergänzen den Text aufs beste und führen die nötigen Übungen ausgezeichnet dem Auge vor. Grätzer.

V. Monats-Chronik.

Berlin. Dr. Bahrdt, Oberarzt des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, ist zum Nachfolger von Prof. Rietschel als Dirigierender Arzt des Städtischen Säuglingsheims nach Dresden berufen.

Berlin-Neukölln. Der Magistrat hat den Stadtverordneten den Bau eines städtischen Säuglingsheims vorgeschlagen. — Die neue Hebammenlehranstalt der Provinz Brandenburg ist eröffnet worden. Die Brandenburgische Hebammenlehranstalt in Frankfurt a. O. wird am 1. Oktober geschlossen. Die Lehrgänge in Neukölln beginnen am 2. Oktober jeden Jahres.

Hamburg. Der Verein Kinder-Poliklinik und Säuglingsfürsorge Rothenburgsort ist in sein neues Heim in der Marckmannstraße übergesiedelt. Leitende Ärzte: Dr. Carl Stamm und Dr. Oscar Emden (z. Z. im Heeresdienste).

Vom 1.—11. Oktober 1917 findet in Frankfurt a. M. ein Lehrgang für Kleinkinderfürsorge statt, der die sozialhygienische und sozialpädagogische Fürsorge für Kleinkinder behandeln wird. Veranstalter ist der Deutsche Ausschuß für Kleinkinderfürsorge, der in Form dieses Lehrganges sein gesamtes Arbeitsprogramm entwickeln wird, das eine planmäßige Ausgestaltung der öffentlichen und freiwilligen Fürsorgebestrebungen auf diesem Gebiet in Stadt und Land bezweckt. Für den Lehrgang ist folgende Disposition vorgesehen:

I. Sozialhygienische Fürsorge: Verhütungsmaßregeln gegenüber Ernährungskrankheiten, ansteckenden Kinderkrankheiten und konstitutionellen Erkrankungen. (Aufklärung durch Beratungs- und Fürsorgestellen, ärztliche Überwachung von Krippen und Kindergärten sowie von Kostkindern, gesundheitspolizeiliche Desinfektions- und Isoliervorschriften usw.) Fürsorge für erkrankte Kinder in Familie und Krankenhaus, namentlich bei übertragbaren Krankheiten. — Fürsorge für erholungs- und kräftigungsbedürftige Kleinkinder.

II. Sozialpädagogische Fürsorge: Erziehungshilfe bei schwer erziehbaren und nicht vollsinnigen Kleinkindern, sowie bei sonstiger Erschwerung der häuslichen Erziehung. Fürsorge für aufsichtsbedürftige Kleinkinder erwerbstätiger Mütter in Stadt und Land. — Ersatzerziehung von Kleinkindern in der öffentlichen Armen- und Waisenpflege sowie in der Fürsorgeerziehung.

Wie bei dem im Vorjahre abgehaltenen ersten Lehrgange werden Vorträge von Vertretern von Wissenschaft und Praxis mit Besichtigungen einschlägiger Anstalten abwechseln. Eine wertvolle Bereicherung des Lehrganges liegt darin, daß die vom Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht zusammengestellte Wanderausstellung „Das Kleinkind" sich zur gleichen Zeit in Frankfurt a. M. befindet.

Anmeldungen zur Teilnahme an dem Lehrgange werden bis zum 31. August 1917 an die Geschäftsstelle des Deutschen Ausschusses für Klein-

kinderfürsorge, Frankfurt a. M. Kottenhofweg 26, erbeten, bei der auch weitere Auskunft zu erhalten ist.

In Düsseldorf soll am 1. Oktober 1917 eine Sozialakademie für Frauen als Ausbildungsstätte in sozialer Arbeit eröffnet werden. Bekanntlich ist unter der Führung des den ganzen Regierungsbezirk Düsseldorf umfassenden Vereins für Säuglingsfürsorge, der längst schon sein Arbeitsgebiet auf die ganze Wohlfahrtspflege ausgedehnt hat und seinen Namen jetzt dementsprechend auch in „Verein für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf" umgeändert hat, eine sehr rege Tätigkeit in sozial-hygienischer und sozial-pädagogischer Ausbildung entfaltet worden. Hier ist zuerst ein großer, dicht bevölkerter, zusammenhängender Verwaltungsbezirk nach einheitlichen Gedanken mit einem Netz von Fürsorgeeinrichtungen überzogen worden. In allen Kreisen des Regierungsbezirkes wirken gut ausgebildete Fürsorgerinnen, denen auch äußerlich und wirtschaftlich eine ihrem Können und ihren Leistungen entsprechende Stellung eingeräumt worden ist. Auch die systematische Fortbildung der Hebammen in Säuglingspflege, die Einrichtung von Wanderlehrkursen zur Verbreitung nützlicher Kenntnisse in Säuglingsfürsorge und persönlicher Gesundheitspflege, Wanderkurse zwecks Aufklärung in sozialer Hinsicht und manch anderes mehr ist zuerst im Regierungsbezirk Düsseldorf neu geschaffen worden und hat sich von da aus auf andere Teile des Landes, des Reiches und auch des Auslandes verbreitet. Nun hat sich der Verein nach längerer Vorbereitung und Erwägung entschlossen, die bisherigen Ausbildungsarbeiten systematisch zusammenzufassen und zu einer Sozialakademie für Frauen zu erweitern. Die neue Anstalt wird in zweijährigem, abgeschlossenem Lehrgange alle weiblichen Kräfte der Fürsorge und der sozialen Berufsarbeit heranbilden, so z. B.: Kreisfürsorgerinnen, ländliche Wohlfahrtsbeamtinnen, städtische Wohlfahrts-, Armen- und Waisenpflegerinnen, Fürsorgerinnen für Mutter- und Säuglingsberatungsstellen, Trinkerfürsorgestellen, Fürsorgestellen für Geschlechtskranke, Geisteskranke und für andere Einrichtungen der offenen Fürsorge und Gesundheitspflege, Geschäftsführerinnen und Sekretärinnen von Vereinen für Gemeinwohl, für ländliche Wohlfahrtspflege, Armenpflege, für Kinder- und Jugendfürsorgeausschüsse, Hortleiterinnen, Jugendleiterinnen, Jugendpflegerinnen, Schulpflegerinnen, Jugendgerichtshelferinnen, Gemeindehelferinnen, Beamtinnen von Rechtsauskunftsstellen, Arbeitsnachweisen, Gewerbeassistentinnen, Fabrikpflegerinnen, Gefangenenfürsorgerinnen, Wohnungspflegerinnen und Wohnungsfürsorgerinnen usw. Den Abschluß des Lehrganges wird eine Prüfung unter der Leitung eines staatlichen Kommissars bilden, auf Grund deren ein Befähigungsdiplom ausgestellt wird. Angeschlossen an diesen zweijährigen Lehrgang werden zahlreiche Kurse von kürzerer oder längerer Dauer, welche bereits auf irgendeinem Gebiet vorgebildeten Gruppen von Frauen eine spezialistische Ausbildung oder eine Zusatzausbildung vermitteln sollen, oder welche als Wiederholungs- und Fortbildungskurse zu betrachten sind. An der Gründung der Anstalt, die im wohlerwogenen Gegensatz zu manchen neuentstandenen Ausbildungsstätten ähnlicher Art auf Gründlichkeit und Vertiefung der Ausbildung Wert legen will, ist außer den sämtlichen Stadt- und Landkreisen des Regierungsbezirks die Versicherungsanstalt Rheinprovinz beteiligt. Die Leitung liegt in den Händen eines Kuratoriums, dessen Vorsitzender der Regierungspräsident zu Düsseldorf ist und dem der Oberpräsident der Rheinprovinz, der Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt, Vertreter der Oberbürgermeister und Landräte des Regierungsbezirks sowie eine Reihe von Männern und Frauen angehören, die eine führende Stellung auf dem Gebiete der sozialen Arbeit einnehmen. Die Berufung einer in diesen Fragen hervorragend befähigten Frau als Studiendirektorin dürfte demnächst erfolgen. Die nötigen Räume stellt die Stadt Düsseldorf in ihrem schönen Kunstausstellungspalast am Rhein zur Verfügung. Für die praktische Ausbildung werden alle die zahlreichen guten Einrichtungen sozialer und hygienischer Art benutzt werden, die der ja heute schon ein einheitliches Ganze bildende Regierungsbezirk Düsseldorf bietet. Damit ist eine seltene Gelegenheit auch für die praktische Unterweisung an der neuen Ausbildungsstätte gegeben.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. Oktober 1917. Nr. 10.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Folke Henschen und **John Reenstierna** (Stockholm), Zur Pathogenese der sogenannten Weilschen Krankheit: Ein Fall von Proteusinfektion beim Säugling. (Ztschr. f. Kinderheilkunde. XIV. S. 185.) Das 2 Monate alte Kind zeigte intensiven Ikterus der Haut und Schleimhäute, Konjunktivitis, leichten Schnupfen, beiderseitige Otitis und blutiges Erbrechen. Leber nicht vergrößert. Milz fraglich. Harn gelbgrün, enthält Gallenfarbstoff, Albumen und massenhaft Leukozyten, keine Zylinder. Krankheitsdauer vom Beginn des Ikterus an gerechnet 4 Tage. Am Tage nach der Aufnahme gestorben.

Bei der Obduktion fand sich keine Hepatitis; mikroskopisch wurden erhebliche Mengen von weißen Blutkörperchen innerhalb der Leberkapillaren nachgewiesen. Schwere entzündliche Veränderungen wiesen die Nieren auf, in denen auch Bakteriennachweis am Schnitt gelang. Diese Bakterien dürften wohl identisch mit den kulturell aus dem Leichenblut gezüchteten Stämmen sein, die sich ale Proteus erwiesen. Schick.

C. v. Pirquet, Die Milch als Nahrungseinheit (System der Ernährung I.). (Ebenda. XIV. S. 197.) Die in dem System niedergelegten Tatsachen und Überlegungen haben für den praktischen Arzt sehr große Bedeutung. Sie werden dem praktischen Arzt die Möglichkeit geben, in der Praxis mit einfachen Mitteln die Ernährung eines Menschen selbständig zu regeln. Erfahrungsgemäß ist die Kalorienberechnung bei Rücksichtnahme auf die einzelnen chemischen Teilsubstanzen (Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate) für die Praxis zu ompliziert. Ähnliche Erfahrung hat man auch bei der Ernährung der Nutztiere gemacht. Für die Klinik braucht man statt der chemischen oder physikalischen Einheit (Kalorie) eine physiologische Einheit des Nährwertes. Als diese schlägt Verf. die Milch vor. Als theoretisches Grundmaß dient eine Milch, von welcher ein Gramm bei der Oxydation im menschlichen Körper eine Wärmemenge von 667 kleinen Kalorien freiwerden läßt. Den Nährungswert von 1 g Milch nennt v. Pirquet Nem (Nahrungs-Einheit-Milch), kurz n geschrieben. Der Nahrungswert von 100 g Milch heißt Hektonem, der Nahrungswert von 1000 g Milch Kilonem. Für große Mengen von Nährwerten dient das Tonnenem = Nährungswert von 1000 kg Milch.

Alle Nahrungsmittel werden nun in bezug auf ihren Nahrungswert mit der Milch verglichen und so zubereitet bzw. in solche

Portionen geteilt, daß ihr Nahrungswert entweder gleich 100 g Milch = 100 nem = 1 hektonem beträgt. Die Aufschreibung der genossenen Nahrungsmengen gestaltet sich sehr einfach. Es wird nicht das Gewicht der Nahrung notiert, sondern die Zahl der gegessenen Portionen. Dabei muß noch der Eiweißwert der Nahrung kontrolliert werden. Schick.

C. v. Pirquet, Sitzhöhe und Körpergewicht. (System der Ernährung II.). (Ebenda. XIV. S. 211.) Die Sitzhöhe ist die Distanz von der Sitzfläche zur Scheitelhöhe. Sie steht in enger Beziehung zum Körpergewicht und ist daher als das wichtigste Grundmaß des menschlichen Körpers anzusehen. Bei gleicher Entwicklung von Muskulatur und Fettpolster ist das Verhältnis zwischen dem Kubus der Sitzhöhe und dem Körpergewichte in allen Lebensaltern konstant.

Beim muskelkräftigen Erwachsenen und beim fetten Säugling ist der Kubus der Sitzhöhe gleich dem zehnfachen Körpergewicht (z. B. Sitzhöhe 40 cm, zehnfaches Gewicht 6400 g, das Maximalgewicht eines Kindes von 40 cm daher 6400 g). Man kann dies auch so ausdrücken, daß man sagt: in einem Würfel, dessen Seite die Sitzhöhe ist, kann bei voller Ausnützung des Raumes die Masse von 10 Säuglingen Platz finden. Stellt man den Index $\sqrt[3]{107 \text{ Gewicht}}$: Sitzhöhe in diesen Fällen auf, so beträgt sie 100; beim heranwachsenden Kinde ist sie ungefähr 94, bei äußerster Abmagerung kann sie bis auf 81 herabsinken Diese Indexzahlen (v. Pirquet nennt sie „Gelidusi“) sind ein gutes objektives Maß für den Ernährungszustand des Menschen.

Der Ausdruck Gelidusi leitet sich aus folgender Konstruktion ab: Ge = Gewicht zehnfach, Geli = $\sqrt[3]{10 \text{ Gewicht}} = \sqrt[3]{\text{Ge}}$ = Gewicht zehnfach linear, du = dividiert durch, si = Sitzhöhe. Schick.

Arvo Yllpö, Chronisches Fieber ohne im Leben erklärbare Ursache bei Myatonia congenita. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus.) (Ebenda. XIV. S. 229.) Bei einem Säugling, der an typischer Myatonia congenita litt, wurde vom 3. Lebensmonate bis zu seinem Tode (1 Jahr 14 Tage alt) ein ununterbrochenes, hoch remittierendes Fieber konstatiert. Das Kind nahm während dieser Zeit leidlich zu, wurde nicht besonders anämisch und hatte auch sonst kein besonderes krankes Aussehen. Die aktiven Bewegungen wurden langsam, aber ständig kräftiger. Die Ursache des chronischen Fiebers konnte im Leben nicht erklärt werden. Die Stühle waren zeitweise etwas schaumig oder schleimig, meist jedoch normal. Erst bei der Sektion wurden geschlossene kleine Eiterherde in den vergrößerten Mesenterialdrüsen und chronisch entzündliche Erscheinungen im Darm festgestellt und das Fieber auf diese Befunde zurückgeführt. Neben Bronchopneumonia acuta als Todesursache ist noch hervorzuheben, daß die graue Farbe des Gehirns sich infolge auffallender Blässe nur wenig von der weißen Substanz abhob und daß die gesamte Muskulatur auffallend blaß und schwach entwickelt war. Schick.

Arvo Yllpö, Vorübergehende, eventuell chronische Genitalödeme bei Frühgeborenen auf Grund lokaler mechanischer Stauung. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus.) (Ebenda. XIV. S 243.) Unter 235 Frühgeborenen wurde in 4 Fällen ein akut auftretendes, scharf umschriebenes Ödem der Genitalgegend beobachtet. Zweimal traten die Ödeme bei Kindern auf, die in eine Stoffwechselschwebe eingespannt waren. Verf. führt diese Ödeme auf mechanischen Druck des Ligamentum inguinale auf die Lymphgefäße zurück. Außerdem dürfte auch eine ungünstige Funktion des Lymphgefäßsystems bei Frühgeburten ätiologisch beteiligt sein.

Schick.

H. Kleinschmidt, Zur Prophylaxe der Kindertuberkulose. im Kriege (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.) (D. m. W. 1917. Nr. 32.) Die Häufung der Kindertuberkulose infolge des Krieges ist neben der einseitigen Kohlehydraternährung zurückzuführen auf eine vermehrte Infektionsgelegenheit mit humanen und bovinen Tuberkelbazillen. Für die humane Infektion ergibt sich eine vermehrte Gelegenheit durch die kürzere oder längere Entfernung vieler Kinder aus dem elterlichen Hausstand, die verschlechterten Wohnungsverhältnisse und die Rückkehr im Heeresdienst an Tuberkulose Erkrankter in die Familie. Für die bovine Infektion ist die verminderte tierärztliche Kontrolle der Viehbestände und das vielfache Fehlen sachkundiger Stallschweizer verantwortlich zu machen. Eine Besserung der bestehenden Verhältnisse ist nur durch eine zielbewußte Prophylaxe zu erreichen. Sie muß vor allem in der Aufklärung aller Lungentuberkulösen über die Art ihrer Erkrankung und die außerordentlich leichte Übertragbarkeit auf junge Kinder bestehen, es muß ferner eine allgemeine Warnung vor dem Genuß ungekochter Milch erfolgen, und schließlich ist die Zurückhaltung im Felde schwer Erkrankter in Anstalten zu erwägen.

Grätzer.

J. Zadek', Ein Fall von Sklerodermie mit typischem Röntgenbefund (Sklerodaktylie). (Aus der inneren Abteilung des Krankenhauses der Stadt Neukölln.) (B. k. W. 1917. Nr. 2.) Die Sklerodermie wird jetzt überwiegend als Angiotrophoneurose aufgefaßt. Über die Ursache der eigentümlichen Krankheit gehen die Ansichten noch weit auseinander. Mancherlei spricht dafür, daß die krankmachende Ursache am sympathischen Nervensystem angreife, mancherlei auch für eine ursächliche Störung der inneren Sekretion. Über einen in mehrfacher Beziehung interessanten Fall mit besonderem Röntgenbilde der erkrankten Knochen sei in folgendem berichtet.

Aus der Krankengeschichte ist im Auszuge folgendes bemerkenswert:

Anamnestisch ist hervorzuheben, daß die 15jährige Patientin vor $^3/_4$ Jahren eine Halsentzündung mit Fieber durchgemacht hat. Unmittelbar daran schlossen sich Gelenkschwellungen an Händen und Füßen mit starker Schmerzhaftigkeit. Nach 14 Tagen bemerkte Patientin ein „Steif- und Festwerden“ der Gelenke und der Haut, und zwar besonders an beiden Händen und im Gesicht. Die Haut wurde überall zu eng und straff gespannt, diese Spannungen waren — besonders im Gesicht — schmerzhaft. Dazu kamen Kribbeln der Gesichts- und Händehaut, Schmerzen bei Berührungen der Backen, die besonders straff und schmerz-

haft waren, und der Stirn, Feuchtigkeit der Hände, Vorderarme, Unterschenkel und Füße, die dauernd kalt waren. Die Augen traten etwas hervor. Allmählich wurden die Handgelenke beiderseits immer weniger beweglich: Patientin konnte Gegenstände nicht festhalten und voll umfassen, keine Faust mehr bilden; die Finger wurden „unsicher und steif". Die Kopfhaare fielen stark aus, und vorübergehend war auch der Hals steif: Kopfbewegungen nach der Seite waren beschränkt und schmerzhaft. Einige Wochen nach dem Beginn der Erkrankung traten schließlich Hautverfärbungen auf: am Halse, im Nacken, an den Händen und Vorderarmen, späterhin an den Knien und besonders an der Hinterseite der Oberschenkel färbte sich die Haut tiefbraun. In jüngster Zeit soll die Intensität der Pigmentation abgenommen haben, dagegen sind neue Gelenkschmerzen und angeblich auch Schwellungen der Handgelenke aufgetreten, seit etwa 8 Wochen dazu Herzklopfen bei stärkeren Bewegungen. Die Füße und Fußgelenke sind zuletzt frei gewesen. — Frühere Krankheiten sind nicht bekannt. Die Menstruation hat mit dem 14. Jahre eingesetzt und war regelmäßig, bis sie plötzlich, 3 Monate nach dem Beginn der Erkrankung, bis heute ausblieb. Aus der Familienanamnese ist nichts Besonderes bemerkenswert, speziell sind Nervenleiden nirgends vorgekommen.

Aus dem im Oktober 1916 erhobenen Befunde ist folgendes hervorzuheben: Kleine, grazil gebaute Patientin in mittlerem Ernährungszustand. Größe 151 cm, Gewicht 34 kg. Das Gesicht sieht eigentümlich gedunsen aus, indem die Backen beiderseits und das Kinn stark prominieren. Der Gesichtsausdruck ist dabei durch Beschränkung der mimischen Bewegungen starr. Die Haut ist prall gespannt, hart, stark glänzend, auf der Unterlage wenig, stellenweise gar nicht verschieblich. Die Nasenflügel und Lippen sind verkürzt, die Haut an Nase und Mund derb und straff, so daß Mund und Nase sehr klein erscheinen. Die Stirnhaut ist besonders gespannt, dünn und herb, dabei spiegelartig glänzend; die Venen sind deutlich sichtbar und heben sich deutlich ab. Die Bulbi sind nicht prominent, die Lidspalte ist weit, die Augen erscheinen groß, weil die Haut der Oberlider gespannt und verkürzt ist. Auch am übrigen Körper ist die Haut stellenweise — besonders an den Vorderarmen und Händen — derb, dünn, gespannt und glänzend. Ihre Farbe ist teils die gewöhnliche, teils dagegen bräunlich pigmentiert, besonders am Nacken und Hals, an der Breitseite der Vorderarme, an den Knien und in extremem Grade an der Hinterseite der Oberschenkel und an den Nates. In der Kniekehle ist eine scharfe Grenze zwischen normaler Farbe und Pigmentierung symmetrisch zu finden. Die Schleimhäute (Mund, Augen, Vagina) sind nirgends pigmentiert. Füße und Hände fühlen sich dauernd feucht und kalt an. Die Fußgelenke sind gut beweglich, ohne Krepitation, Gelenkkonturen normal, keine Druckschmerzhaftigkeit, ebenso die Zehengelenke. Der Gang ist normal. Dagegen verhalten sich die Handgelenke anders; ihre Beweglichkeit ist aktiv und passiv stark beschränkt, besonders links; Flexion ist kaum möglich. Keine Krepitation. Die Gelenkkonturen sind zurzeit normal. Die Haut an den Handgelenken und Fingern ist sehr dünn, atrophisch, glatt, glänzend, derb, unverschieblich. Die Finger laufen unter gleichmäßiger Verjüngung fast spitz aus, die Muskulatur ist atrophisch, die Beweglichkeit in den Metakarpophalangeal- und Interphalangealgelenken ist stark beschränkt. Dagegen besteht nirgends besonderer Druckschmerz an den Händen. Die Haut der Endphalangen bietet keine besonderen Erscheinungen im Vergleich zu der der übrigen Fingerglieder. Die Nägel sind ohne Besonderheit. Händedruck = 0, da die Hände zum Greifen und Umfassen nicht brauchbar sind. — Die inneren Organe bieten keine Besonderheiten bis auf das Herz. An allen Ostien ist ein leises systolisches Geräusch, besonders an der Spitze, hörbar, der zweite Pulmonalton ist akzentuiert; normale Größe und Konfiguration. Der Blutdruck beträgt $^{130}/_{90}$ (Recklinghausen). Nervensystem: Motilität und Sensibilität nicht gestört, abgesehen davon, daß die Empfindung an den Händen naturgemäß etwas herabgesetzt ist. Die Reflexe sind normal. Hirnnerven in Ordnung, Augenhintergrund frei. Schlaf, Appetit, Intelligenz der Patientin ist normal. Die Schilddrüse ist nicht vergrößert, die Genitalien sind (soweit feststellbar) nicht verändert. Urin hell, spezifisches Gewicht 1014—1016, Menge $1^1/_2$ Liter, ohne Eiweiß und Zucker, Auch nach Traubenzuckerzufuhr (100 g) und Lävulose (100 g) kein Saccharum im Harn, ebenso nicht nach subkutaner Injektion von Adrenalin (1 ccm 1 : 1000). Stuhl ganz normal. Kein Fieber. Puls 70—80, weich, regelmäßig. Die Blut-

untersuchung ergab: Erythrozyten 4170000, Leukozyten 10800, Hämoglobin 82%. Blutbild der Leukozyten: von den polymorphkernigen Leukozyten: neutrophile 51%, eosinophile 5%, basophile 0%; Lymphozyten 34%; große mononukleäre 10%; keine Übergangsformen, keine Myelozyten; besonders auffällig waren große pathologische Lymphozyten. Die Wa.-R. war negativ. Die Röntgenbilder zeigen an den Füßen (Gelenken usw.) keine Besonderheiten, ebenso keinen pathologischen Befund an der Halswirbelsäule und an der Sella turcica. Starke Knochenveränderungen bestehen an beiden Händen, und zwar genau symmetrisch. Die Handwurzelknochen sind normal geformt, sämtliche Metakarpalknochen sind auffallend dünn und in der Mitte stark verjüngt; ganz besonders ausgesprochen an beiden Metakarpalknochen der 4. Finger. Die Grundphalangen sind ebenfalls stellenweise atrophisch. Die Hauptveränderung hat die Endphalangen betroffen. Sämtliche Finger bis auf die Endphalangen beider 4. Finger sind erkrankt. Die Daumen zeigen die geringste Veränderung: die Spitzen der Endphalangen erscheinen etwas aufgelockert. An den übrigen Fingern finden sich schwere Zerstörungen. An einzelnen Fingern ist mehr als die Hälfte des Knochens verschwunden, an einigen Stellen — besonders an der Endphalange des 3. Fingers rechts — sind seitliche, spitz auslaufende Zacken und Fortsätze des Knochens deutlich sichtbar. Im übrigen fehlen Knochenverdickungen und Auflagerungen ganz.

Die Diagnose lautete: Sklerodermie (Sklerodaktylie). Polyarthritis rheumatica. Mitralinsuffizienz.

Die Therapie bestand in Bädern, Massage, Elektrisieren und Fibrolysininjektionen.

Über den Verlauf ist nur so viel zu bemerken, daß Gelenkrezidive nicht in die Erscheinung getreten sind. Im übrigen keine wesentliche Veränderung. Leichte Gewichtszunahme. Fibrolysininjektionen ohne greifbaren Erfolg. Leidliches Befinden.

Was vorstehenden Fall von Sklerodermie so interessant erscheinen läßt, ist einmal der akute Beginn der Krankheit nach einer Halsentzündung und einem sich anschließenden Gelenkrheumatismus. Es wäre denkbar, daß die Sklerodermie schon vorher eingesetzt hat, unbemerkt geblieben ist und erst nach dem Abklingen des fieberhaften Prozesses stärker in die Erscheinung getreten und der Patientin zum Bewußtsein gebracht worden ist. Die Angaben der Patientin sowohl wie der Mutter lauten jedoch so präzise dahin, daß vor der Halsentzündung und den Gelenkschwellungen keinerlei Störungen vorhanden waren; da überdies als offenbare Folge dieses Gelenkrheumatismus ein Herzklappenfehler (Mitralinsuffizienz) aufgetreten und die bis dahin regelmäßige Menstruation plötzlich 3 Monate nach dem Beginn der Krankheit ausgeblieben ist, liegt es um so näher, den Beginn der Sklerodermie zum mindesten in zeitliche, vielleicht in ursächliche Beziehungen mit der Angina und dem Gelenkrheumatismus zu bringen. Man müßte sich dann die Sachlage so denken, daß derselbe Infekt, der für die fieberhafte Gelenkentzündung und Angina in Frage kommt, für die Auslösung der Sklerodermie verantwortlich zu machen ist. Daß dann im Verlauf der Erkrankung Störungen der inneren Sekretion hinzugetreten sind, erhellt einmal aus der Cessatio mensium, fernerhin aus dem Auftreten des Exophthalmus. Es ist schwierig zu entscheiden, inwieweit die großen Augen der Patientin lediglich durch die eingetretene Verkürzung der Lidhäute zu erklären sind; bei genauer Beobachtung und unter Berücksichtigung früherer Photographien der Patientin und ihrer Angaben, wonach die Augen erst vor einiger Zeit größer wurden, ist

Verf. doch zu der Überzeugung gekommen, einen echten Exophthalmus vor sich zu haben. Inwieweit die Pigmentationen zu den Erscheinungen der Störungen der inneren Sekretion zu rechnen sind, läßt sich bei dem heutigen Stande unseres Wissens nicht abschätzen, zumal da die Thyreoidea nicht vergrößert gefunden wurde.

Im übrigen geht aus der Schilderung des Status hervor, daß augenblicklich noch verschiedene Stadien der Krankheit bestehen; im gedunsenen Gesicht mit den prallen, hervorspringenden Backen und dem prominenten Kinn ist mehr das erste Stadium mit ödematöser Schwellung (Sklerödem) zu finden, an den Händen mehr das atrophische Stadium. Offenbar ist die starke Beschränkung der Beweglichkeit der Handgelenke bei fehlendem pathologischen Befund in der Hauptsache bedingt durch die an den Händen am stärksten ausgesprochene, schmerzhafte Hautveränderung (Verkürzung, Atrophie) sowie durch die schwere Knochenveränderung (Metakarpus und Endphalangen). Auffallend erscheint schließlich die Hyperleukozytose und Lymphozytose im Blute.

Das stärkste Interesse beansprucht das Röntgenogramm der Hände. Zwar sind einzelne Röntgenbilder atrophischer Prozesse der Knochen und vor allem der Endphalangen, auch von Verdickungen und Anlagerungen veröffentlicht, jedoch derartige schwere Zerstörungen der Knochen bei reiner Sklerodaktylie bisher nicht bekannt geworden. Dagegen sind ganz ähnliche Bilder wie das hier vorliegende bei Raynaudscher Krankheit (symmetrische Gangrän der Finger) beschrieben worden. Damit haben wir einen Hinweis, in wie nahen Beziehungen diese beiden Trophoneurosen offenbar stehen, um so mehr, als in obigem Fall ebenfalls eine symmetrische Verteilung des pathologischen Prozesses an beiden Händen zu konstatieren ist. Um so wichtiger — und darin liegt die prinzipielle Bedeutung — erscheint deshalb der hier vorliegende überraschende Befund symmetrischer, schwerer, atrophischer Knochenprozesse bei reiner Sklerodaktylie ohne ulzeröse, gangränöse Veränderung der bedeckenden Weichteile an den Fingerspitzen, wobei es sich also klinisch nicht etwa um eine Kombination mit Raynaudscher Krankheit handelt. Grätzer.

Gustav Stümpke, Beobachtungen über Rektalgonorrhoe bei Kindern. (Aus dem dermatologischen Krankenhause II in Hannover-Linden.) (M. m. W. 1916. Nr. 49.) In Verf.s Krankenmaterial war das Vorkommen der Rektalgonorrhoe bei der Vulvovaginitis der Kinder wesentlich häufiger, als das manche Beobachtungen früherer Autoren ergaben. In 59 Fällen der Jahrgänge 1914—1916 wurden 33 mal (also in 55,9 $^0/_0$) Gonokokken in den Abstrichen aus dem Rektum nachgewiesen.

Was den Verlauf der Rektalgonorrhoe des Kindes anlangt, so kann Verf. im allgemeinen dem Urteil früherer Beobachter sich anschließen, daß es sich um ein äußerst chronisches Leiden handelt, das therapeutischen Einflüssen gegenüber sich sehr refraktär verhält. Er konnte mehrfach sehen, daß die Gonokokkenpräparate der Rektalschleimhaut länger positiv waren, als die aus der Urethra und Vagina angefertigten, d. h. daß in zahlreichen Fällen viele Monate lang positive Befunde im Rektum anzutreffen waren.

Auf der anderen Seite machte er in einer Minderzahl von Fällen die entgegengesetzte Beobachtung, daß nämlich die Rektumpräparate ohne jede Behandlung schon nach ganz kurzer Zeit (2—3 Wochen) dauernd negativ ausfielen, und er hält es nicht für ausgeschlossen, daß in solchen Fällen, vorausgesetzt, daß auch die sonstigen Vorbedingungen vorhanden sind, nicht eine eigentliche Erkrankung der Schleimhaut vorlag, sondern daß die Gonokokken als Nebenbefund in einer sonst gesunden Schleimhaut festgestellt wurden.

Leider mußte Verf. auch einige Rückfälle an Rektalgonorrhoe verzeichnen, wobei die Verhältnisse allerdings so lagen, daß im Vordergrunde des Krankheitsbildes eine heftige Vulvovaginitis stand, so daß die klinisch lange nicht so in die Erscheinung tretende Erkrankung der Rektalschleimhaut mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von der Vulva aus zustande gekommen war.

Noch ein Wort zu den klinischen Erscheinungen, die äußerst gering sind! Dieselben bestehen fast durchweg lediglich in einer stärkeren Rötung und Schwellung der erkrankten Schleimhaut. Geschwürige Prozesse sind nach den Mitteilungen von Mucha sehr selten, auch Verf. hat sie in den Fällen, die er daraufhin untersuchte, nicht gefunden. Dagegen scheint es, daß ganz oberflächliche Erosionen hier und da zur Beobachtung gelangen. Über Abszesse und Strikturen, die im Verlauf einer Rektalgonorrhoe in seltenen Fällen entstehen können, ist Verf. nichts bekannt, er hat sie bei seinem Material nicht gesehen. Grätzer.

B. Laquer (Wiesbaden), Hilfsschule, Ehe und Nachkommenschaft. (Ebenda.) Anknüpfend an ein Referat in der gerichtlich-medizinischen Abteilung des 1913er internationalen medizinischen Kongresses, stieß Verf. in einem Versuch, die Unterlagen und Ziele der Eugenik in die Kreise der Ärzte und gebildeten Laien zu tragen, auf die Frage, ob und wieviel Hilfsschulentlassene heiraten, welche Aussichten wirtschaftlich solche Ehen haben und wie die Nachkommenschaft dieser verheirateten Hilfsschüler und Hilfsschülerinnen beschaffen ist, ob also nicht letzten Endes eine dysgenische Kette vor uns liegt, welche aufzuzeigen und zu durchbrechen unsere Pflicht ist. Die Zahl dieser ins Leben und in die Ehe tretenden Hilfsschulentlassenen ist nicht gering; in Deutschland gibt es zurzeit (1913) in 330 deutschen Städten 1850 Hilfsschulklassen mit 40000 Schülern und Schülerinnen (allein in Berlin 1913 bei 224187 Volksschulkindern 2830, d. h. über 1 Promille); und wenn man diese 1 Promille der Gesamtzahl der in den deutschen Volksschulen untergebrachten etwa 10747000 Volksschulkinder zugrunde legt, so ergibt sich die Zahl von 107470 Schwachbefähigten — schwachbefähigt auch für den Kampf um die wirtschaftliche Existenz und für Erzeugung einer tüchtigen Nachkommenschaft, für Hinaufpflanzung, nicht für bloße Fortpflanzung. Man kann, ohne den Zahlen und Tatsachen Gewalt anzutun, auch von den 716400 Jungen und Mädchen, welche Privat- und höhere Schulen besuchen, 1 Promille schwachbefähigte rechnen; dann erhöht sich die obige Zahl auf etwa 115000. Zieht man die Absterbeziffern ab, so ist die Möglichkeit der Kinderzeugung für

etwa 10000 Paare, von denen Mann oder Frau vorher schwachbefähigt und hilfsschulbedürftig gewesen, jährlich gegeben, wobei nur die Zahl der staatlichen Eheschließungen, nicht die der zeugungswilligen Paare zugrunde liegt.

Daß unsere Hilfsschulen lange genug bestehen, um die Ehereife der von ihnen entlassenen Zöglinge zu ermöglichen, beweist folgende Aufstellung: Halle a. d. Saale 1860 (Jahr der Errichtung der Hilfsschule), Dresden 1867, Leipzig 1881, Elberfeld 1881, Braunschweig 1886, Reichenbach i. V. 1886, Krefeld 1886, Chemnitz 1886, Aachen 1888, Kassel 1888, Düsseldorf 1888, Bremen 1889, Altona 1889, Erfurt 1890, Weimar 1890, Hamburg 1892.

An die Leiter dieser Schulen sandte Verf. nun einen Fragebogen mit der Bitte um Ausfüllung; natürlich wurde die streng vertrauliche Behandlung der Namen und der Herkunft im voraus zugesagt und eine ebenso taktvolle und vorsichtige Erforschung der Familien und Lebensverhältnisse der verheirateten Hilfsschulentlassenen empfohlen. Die betreffenden Schulen sollten mit römischen, die erforschten Ehen mit arabischen Ziffern veröffentlicht werden.

Die Fragebogen waren gerade verschickt worden, als der Krieg ausbrach; nur ein Hilfsschulleiter hatte etwa 100 Fragebogen ausgefüllt; die Durchsicht derselben ergab, daß die Aszendenz der Kinder zu stark betont worden und die Hauptfrage der dysgenischen Kette zu wenig beobachtet worden war; bei einer eventuellen Wiederholung ist eine mündliche Einzelinstruktion der Hilfsschulleiter und ein Zusammenarbeiten mit ärztlichen Sachverständigen dringend erforderlich. Grätzer.

M. Pfaundler (München), Kleinkinderkost im Kriege. (Ebenda. 1916. Nr. 50.) Verf. betrachtet die Verhältnisse, wie sie jetzt in München bestehen, und zeigt, daß dem Bedarf an Nahrung in den einzelnen Bestandteilen wie im ganzen für kleine Kinder entsprochen ist, und zwar hinsichtlich der Kohlehydrate sogar im Überschuß.

Unter den Nahrungsmitteln dürfte Nichtbeschaffbarkeit wegen zu hohen Preises für manche Kreise in Frage kommen bei Fleisch und Ei. Es wurde daher erwogen, wie sich Konsum und Bedarf zueinander stellen würden, wenn Fleisch und Ei aus unserer Kleinkinderkost gänzlich und ersatzlos gestrichen wären. Solches würde sich lediglich beim Eiweiß und demgemäß beim Gesamtbrennwert als Minderung bemerkbar machen, wie folgt:

	Eiweiß pro kg und Tag		Kalorien pro kg und Tag	
	Konsum	Bedarf	Konsum	Bedarf
Dreijährige	3,6 g	3,6 g	111	81
Fünfjährige	3,0 g	3,3 g	93	78,5

Ältere Kleinkinder kämen hiernach für Eiweiß also etwas unter die „Bedarfszahlen“ Camerers. Hier wird man sich jenes der Siegertschen Versuche erinnern, der sich auf einen $4^1/_2$jährigen Knaben bezieht. Dieser nahm täglich 1,89 g Eiweiß bei insgesamt 84,4 Kalorien pro Kilogramm zu sich; in den 19 Tagen der Kontrolle gestalteten sich Stickstoff- und Gewichtsbilanz reichlich positiv; ja

bei weiterer Reduktion der Eiweißzufuhr auf etwa 0,7 g pro Kilogramm soll der Stickstoffansatz unverändert geblieben sein! Auch wer dem Vorkommen solcher Chittenden-Hindhede-Rekords im Kleinkindesalter nur beschränkte Bedeutung beimessen wollte, wird hiernach zur Vermutung gelangen, daß der oben gemeinte Fünfjährige mit 3,0 g Eiweiß und 93 Kalorien pro Kilogramm noch ganz gut fahren würde. An Stelle der von Siegert geforderten und als wahrer Eiweißbedarf bezeichneten 9—10 Eiweißkalorien von 100 Gesamtkalorien trifft es in der jetzigen Münchener Kriegskost des Fünfjährigen noch bei völligem Weglassen von Fleisch und Ei 13,2 Eiweißkalorien auf 100 Gesamtkalorien, und die letzteren übersteigen den Bedarf.

Mit einem ausreichenden Brennwert und Eiweißgehalt sind noch nicht alle Forderungen, die wir an ein Kostregime stellen, erfüllt. Es muß noch verlangt werden, daß die Nahrung auch sogenannte Rohkostbestandteile und gewisse „Komplemente" im Sinne von F. v. Müller enthalte, an denen durch einseitige Zusammensetzung oder Denaturierung Mangel eintreten kann, daß sie abwechslungsreich, in richtiger „Korrelation" der Bestandteile, wohlschmeckend und bekömmlich sei. All dies trifft für die jetzige Kleinkinderkost zu. Ihrer Bekömmlichkeit und ihren Dauererfolgen nach dürfte sie für die überwiegende Mehrzahl der Kleinkinder der in vielen Kreisen der städtischen Bevölkerung (besonders Wohlhabende und Mittelstand) vormals üblichen sogar überlegen sein. Was hier die Kriegskost von der Friedenskost unterscheidet, ist im wesentlichen folgendes: Jene hält sich im ganzen nicht allzu weit vom Bedarf, ist jedenfalls keine richtig abundante oder mästende, ihre vegetabilischen Bestandteile überwiegen stark die animalischen, besonders sind gegenüber der noch vielfach üblich gewesenen Luxuskonsumption in den Komponenten der sogenannten „kräftigen Kost", nämlich Milch, Ei und Fleisch, erhebliche Beschränkungen eingetreten (Milch $^1/_2$ Liter pro Tag, Ei und Fleisch nur gelegentlich auftretende Gerichte). Gerade das aber sind die Forderungen, die von vielen neueren Kinderärzten (wie Czerny, Heubner u. a.) seit der Jahrhundertwende immer wieder und sehr nachdrücklich aufgestellt worden sind. Die heutige Kriegskost für Kleinkinder deckt sich im großen und ganzen mit jener, die den besagten Fachleuten für das Gros der Fälle als die Kost der Wahl erscheint, als jene Diät, die vorbeugend und mitunter abwehrend wirksam ist gegen wichtige und häufige Kleinkinderschäden. Zu diesen zählen gewisse Formen von Anämie, Anorexie, Obstipation, von nervösen Störungen, von chronischen und rezidivierenden Haut- und Schleimhautprozessen und Lymphoidgewebshyperplasien, die auf dem Boden angeborener Anlage u. a., besonders durch ein habituelles und vielfach üblich gewordenes Übermaß von „kräftiger Kost" geweckt und gefördert werden. Nach dieser Auffassung von rationeller Kleinkinderkost ist von der gegenwärtigen Zwangslage Nutzen und nicht Schaden zu gewärtigen. Grätzer.

F. Hahn (Nürnberg), Meningitis nach Angina; Trepanation; Heilung. (Ebenda. 1916. Nr. 52.) Es handelte sich um einen 15jährigen, bisher gesunden Schüler, der nach einer Angina

lacunaris so schwere Gehirnerscheinungen bekam, daß der Fall hoffnungslos erschien. Die Operation brachte vollkommene Heilung. Man hatte es mit einer progressiven, phlegmonösen Leptomeningitis im Bereich des rechten Schläfenlappens zu tun. Grätzer.

Nadejda Fingova und **E. Delbanco,** Anal-, Vulva- und Nasendiphtherie als Komplikation des Typhus abdominalis. (Aus der Infektionsabteilung des Alexanderspitals in Sofia.) (Derm. Wochenschr. 1916. Nr. 38.)

Am 8. Mai 1916 trat in die Kinderabteilung des Alexanderspitals das Kind Eugenia P. im Alter von 8 Jahren ein.

Die ältere Frau, welche das Kind brachte, erzählte, daß es seit 10 Tagen leidend sei. Anfangs hätte es über schwache Kopfschmerzen geklagt und Mangel an Appetit gezeigt. Allmählich habe sich der Zustand verschlimmert. Die Überführung ins Spital sei notwendig geworden durch den großen Schwächezustand, die heftigen Kopf- und Brustschmerzen. Quälendes Durstgefühl. Temperatur habe zwischen 38 und 39° geschwankt. Der Vater an der Front, gesund. Die Mutter seit 2 Monaten an Typhus abdominalis krank. Ein 6jähriges Brüderchen seit einigen Tagen unwohl. Ein zweites — Wickelkind — gesund.

Die kleine Patientin ist von schwacher Konstitution. Bei vollem Bewußtsein beantwortet sie jede Frage zusammenhängend, jedoch apathisch. Nachts phantasiert sie. Das Gesicht ist blaß und müde. Brustorgane ohne nachweisbare Veränderungen. Die Zunge trocken und dick belegt, die Lippen gesprungen und wie versengt. Der Bauch etwas aufgetrieben, ohne Knurren in der Ileozökalgegend. Auf der Bauchhaut sind 3—4 Roseolen zu bemerken. Die Milz bei Palpitation leicht vergrößert. Die Herztöne dumpf. Puls weich, ohne klaren Dikrotismus.

Am 10. Mai gab das Blut ausgesprochene Widalsche Reaktion.

Bis zum 13. Mai dauerte dieser Zustand. Das Kind hat häufige, dünne, kaffeebraune, stinkende Stuhlgänge.

Vom 13. Mai an besserte sich der Zustand. Das Kind wird munterer, will sich im Bettchen aufsetzen, verlangt zu essen, schläft ruhig. Die Temperatur fällt lytisch und steht vom 17. Mai bis 19. Mai unter 37°. Die Herztätigkeit ist befriedigend.

Am 19. Mai morgens läßt das Kind beim Urinieren einen Wehlaut vernehmen und klagt über Schmerzen in der Vulva. Die Untersuchung ergibt, daß die Vulva gerötet und geschwollen ist. An den inneren Seiten der beiden großen Labien finden sich Ulzerationen mit dickem, schmutziggrauem, schwer ablösbarem Belag bedeckt. Die Ulzerationen erstrecken sich in Form schmaler Gräben bis an die Klitoris und umsäumen diese. Ebensolche, aber etwas kleinere Ulzerationen sind auch in der engsten Umgebung des Anus zu bemerken und auf der geschwollenen, über den Analring sich verwulstenden Rektalschleimhaut. Die Schleimhautwulst ist wieder durch grabenförmige Geschwürsbildung in mehrere Lappen geteilt. Die Inguinaldrüsen, besonders rechts, geschwollen. Aus der Nase fließt eine schmutzige, dünne Materie. Das rechte Nasenloch ist gänzlich verstopft, seine Umgebung geschwollen. Abends Temperatur 37,8°.[1]

---

[1] Der verehrten Kollegin bin ich für die Mitbeobachtung des Falles zu besonderem Dank verpflichtet. Differentiell-diagnostisch kamen für uns nur noch ulzeröse Prozesse auf der Basis der typhösen Erkrankung in Analogie der Gaumengeschwüre bei der Angina typhosa (Angina typhosa ulcerosa) u. a. in Betracht. Der äußere Aspekt neigte aber sehr bald die Diagnose nach der Seite der Diphtherie. Die Beteiligung der Nase und die bakteriologische Untersuchung klärten rasch den Fall. — Ob echt typhöse Ulzerationen an den Genitalien, nicht zu verwechseln mit Nekrosen im Anschluß an embolische Prozesse, die mir beim Typhus abdominalis aus der Literatur bekannt sind, überhaupt jemals beobachtet wurden, entzieht sich bei der derzeitigen Unmöglichkeit einer genügenden Literatureinsicht meiner Kenntnis. Die Ausscheidung der Bazillen mit Harn und Fäzes läßt die Möglichkeit zu. In meiner gemeinsam mit Haas gefertigten Arbeit über die Analdiphtherie in der Unnafestschrift ist für die Diphtherie der Haut- und Schleimhaut der Genitokruralgegend die Möglichkeit



Am nächsten Tage sind die Veränderungen in der Nase und an der Vulva vorgeschritten. Die bakteriologische Untersuchung des Sekretes aus der Nase und den Ulzerationen an der Vulva ergibt das Vorhandensein des Klebs-Löffler-bazillus. Von der Rachenschleimhaut und der Tonsillargegend, welche äußerlich nicht verändert sind, werden keine Klebs-Löfflerbazillen gewonnen. Serumeinspritzung von 3000 I.-E. Äußerlich wird Jodoform verwendet.

Am dritten Tage nach der Injektion beginnt die Reinigung der Ulzerationen. Die Sekretion aus der Nase vermindert sich gleichzeitig; am 30. Mai (am 8. Tage nach der Injektion) erhält die Vulva wieder ihr normales Aussehen.

Am 11. Mai (3 Tage nach Eintritt der Eugenia P.) wird auf die Abteilung ihr Brüderchen Sparre P. gebracht, 6jährig, welches die gleichen klinischen Symptome und Erscheinungen seit 6—7 Tagen zeigt: Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Bauchschmerzen, allmähliches Steigen der Temperatur. Der Allgemeinzustand ist schlecht, die Zunge dick, belegt. Der Bauch aufgetrieben, hart; die Milz vergrößert. Keine Roseola, geringe Konstipation. Die Blutuntersuchung ergibt ausgesprochene Widalsche Reaktion.

Der schwere typhöse Zustand dauert bei ihm bis zum 16. desselben Monats.

Vom 16. beginnt eine Besserung des Zustandes, die Temperatur fällt lytisch.

Am 2. Tage nach dem Erscheinen der Veränderungen in der Nase und an der Vulva des Mädchens verschlimmert sich der Zustand des Brüderchens; ohne Temperatursteigerung wird das Kind von neuem sehr schwach, apathisch, liegt ununterbrochen; sein Gesicht erblaßt. An diesem Tag ist der Nals rein, aber die Nase verstopft; aus derselben fließt dicker, grauer Eiter. Die Angulardrüsen sind vergrößert. Im Sekret aus Hals und Nase wird mit Bestimmtheit das Vorhandensein des Klebs-Löfflerbazillus festgestellt. Hier wurde eine Seruminjektion mit 4000 I.-E. gemacht.

Vom 21. bis 25. Mai dauerte die Verschlimmerung des Zustandes. Die Drüsen vergrößern sich immer mehr und mehr, der Hals rötet sich, dem Mund entströmt der typische, unangenehme Diphtheriegeruch. Das Kind wird immer schwächer. Die Herztöne werden dumpf und leise. Puls klein und weich.

Am 25. Mai stirbt das Kind trotz spezifischer Behandlung und aller analeptischen Mittel.

Anzuführen ist noch, daß die Kinderbettchen nebeneinander standen und die Kinder stets in Berührung waren.

Es ist klar, daß in den beiden beschriebenen Fällen es sich um eine Bauchtyphuserkrankung handelt, durch bakteriologisch bewiesene Nasendiphtherie kompliziert, welch letztere beim Jungen auf die Nase beschränkt blieb, dagegen beim Mädchen auch auf die Vulva übertragen wurde.

Wahrscheinlich ist die Ansteckung vom Mädchen auf das Brüderchen übergegangen, nach dem Verlauf der Erkrankung zu urteilen. Indem Vorausetzung bleibt, daß die Primärdiphtherie der Nase viel öfter vorkommt als die der Vulva und daß die Primär-Nasendiphtherie manchmal in sehr leichter Form erscheinen kann (larvierte Diphtherie nach Heubner), sogar ohne im Anfang bemerkt zu werden, kann man mit größter Bestimmtheit annehmen, daß die Vulvainfektion der kranken Eugenia P. eine Folge der Naseninfektion gewesen ist.

Die Quelle der Infektion bleibt in diesem Falle etwas dunkel. Die Infektion kann von außen durch gesunde Bazillenträger erfolgt sein oder hat sich in den Kindern selbst befunden und sich entwickelt, nachdem die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen die bakterielle

---

einer Infektion durch eventuell mit den Fäzes zur Ausscheidung kommende Diphtheriebazillen erwogen worden neben dem sicherlich viel häufiger vorkommenden, als die Regel zu bezeichnenden Modus der Kontaktinfektion mittels der Finger bei einer Rachen- oder Nasendiphtherie. Delbanco.

Infektion sich vermindert hat infolge der typhösen Erkrankung. Diese Voraussetzung entspricht auch den früheren Beobachtungen in der Kinderabteilung, wo im Jahre 1908 eine Diphtherieepidemie ausbrach. Von sämtlichen Insassen erkrankten bloß 7, von welchen 5 an Typhus abdominalis, 1 an Influenza und 1 an Skrofulose litten. Folglich erkranken vorzugsweise solche, welche durch eine allgemeine oder lokale Schwäche für die Infektion besonders prädisponiert sind.[1]

Anton, Verschlechterung der Erblichkeit bei Trinkern. (Die Alkoholfrage. XI. 1915. H. 3. S. 242.) Verf. führt aus, daß die richtige Erkenntnis falsch angewendet ist, welche dahin geht, daß die Trunksucht nicht nur Ursache, sondern auch die Folge einer erblichen Anlage ist. Weiterhin geht Verf. auf jede Schädigungen des Alkohols ein, welche an und für sich geeignet sind, vorhandene Konstitutionen zu untergraben und eine Verschlechterung der Erblichkeit zu setzen, welche aber bei richtiger Aufklärung vermieden werden können. Der Alkohol gefährdet zweifellos Konstitution und Schicksal der kommenden Generation in vielfacher Weise. Man muß sich dies klar vor Augen halten, denn das Schicksal und die menschliche Freiheit werden nicht von außen, sondern von innen entschieden. Kurt Boas.

M. E. Naef, Über Psychosen bei Chorea. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. XLI. 1917. H. 2. S. 65 und Inaug.-Dissertation. Leipzig.) Die bei Chorea auftretenden Psychosen zeigen, der Verschiedenheit der ätiologischen Ursachen entsprechend, keinen einheitlichen Charakter. Nach den als funktionelle Choreaformen angesehenen Choreaformen finden sich auch ausgeprägte Geistesstörungen vom Charakter der Erschöpfungspsychose, nämlich Psychosen mit Sinnestäuschungen und traumhafter Desorientierung und Verworrenheit, die in höheren Graden der Erregung zu Delirium acutumartigen Formen führt. Die Psychose überdauert die Chorea meist um mehrere Monate und geht allmählich in Heilung ohne Intelligenzdefekt über. Außerdem kommen Geistesstörungen völlig anderen Charakters bei chronischen Choreaformen vor (bei Paralyse, Huntingtonscher Chorea usw.). Kurt Boas.

Kraupa (Teplitz), Ein Beitrag zur Kenntnis kongenitaler Anastomosen der Papillen und Netzhautgefäße. (Ztschr. f. Augenheilk. Dez. 1916.) Fall I: Eigenartiger Konvolut von Venen, die von den Hauptstämmen an der Papille abzweigend, in der Macula ein Anastomosennetz bilden. Diese Anastomose ist wohl angeboren.

[1] Zu diesen Erfahrungen und Ausführungen der verehrten Kollegin bemerke ich noch, daß die erwähnten 5 Typhusfälle ebenso wie die vorliegende Beobachtung mit Bezug auf die Mischinfektion mit dem Diphtheriebazillus ein außerordentliches Interesse beanspruchen. Meines Wissens ist diese Komplikation des Typhus abdominalis etwas ganz Seltenes oder überhaupt noch nicht beschrieben. Eine Bestätigung dieses brachte mir eine Auskunft von Herrn Dr. Walter Gaethgens, Abteilungsvorsteher am Hygienischen Institut in Hamburg. Ihm verdanken wir die erschöpfende Bearbeitung des Typhus abdominalis in Lubasch-Ostertag von 1915. Die Literatur ist bis Ende 1913 berücksichtigt. Hier aber wie auch in der letzten Auflage des Kolle-Wassermann findet sich diese Komplikation nicht aufgeführt. Gaethgens teilte mir dann noch freundlichst mit, daß auch in der ihm zugänglichen Literatur bis Juni 1916 diese Komplikation nicht bekannt geworden sei. Delbanco.

Fall II: Ungewöhnliche Form eines Typus inversus, bei welchem die Gefäße sich nicht mehr teilen und verzweigen, außerdem findet sich eine seichte, graugrünliche Grube im inneren unteren Quadranten, aus der drei zilioretinale Arterien entspringen. Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

H. A. Shteeman, De beteekenis van het facialisverschijnsel voor de Konstitutie. (Nederl. maandschr. v. verlosk, vrouwenz. en kindergeneesk. IV. 1915. Nr. 7. S. 416.) Bei 27 Kindern mit ungenügendem Ernährungszustand war **Chvostek** positiv; davon hatten 50% auch einen positiven Erb. Verf. erblickt in 81% der Fälle die Ursache dieser Störungen in mangelhafter Funktion des Verdauungstraktus. Durch Besserung des allgemeinen Ernährungszustandes wurden die genannten Symptome zur Herabsetzung bzw. Verschwinden gebracht.

Von 100 anderen Kindern hatten 72% positiven Erb und Chvostek. Bei 69% von ihnen war ein ungenügender Ernährungszustand gegeben. Eine Labilität der Gefäße bestand in 90%, das vegetative Nervensystem war in 81% der Fälle in Mitleidenschaft gezogen.

Man kann daraus den Schluß entnehmen, daß das Vorhandensein sowohl des Chvostek als auch des Erb den höchsten Grad, des Erb allein den mittleren und des Chvostek allein den leichtesten Grad einer konstitutionellen Anomalie darstellt. Der Einfluß der Diätbehandlung und der spezifischen Therapie (Phosphorlebertran) war sehr deutlich in den Fällen des Verf.'s nachzuweisen. Kurt Boas.

G. A. M. van Wagenburg, Revaccineeringsneuralgieen. (Nederlandsch Tijdschr. voor Geneeskunde. I. 1916. Heft 1. No. 18.) Verf. beobachtete in zahlreichen Fällen nach der Revakzination sehr heftige Neuralgien zirkulärer Natur. Dieselben begannen im Rücken in der Gegend der letzten Dorsal- bis ersten Lumbalsegmente, pflanzten sich dann ins Epigastrium fort und strahlten bis in den Leib aus. Sie imponierten aber nicht als Magendarmschmerzen. Verf. erblickt als Ursprung dieser eigenartigen Neuralgien eine Affektion des Sympathikus. Zumeist treten diese Neuralgien am 14. Tage nach der Wiederimpfung auf und hielten etwa 5, höchstens 6 Tage lang an. Kurt Boas.

J. R. Eastman, Partielle Dauerkompression beider Carotides communes bei Epilepsie (Operationsresultate). (Amer. Journ. of med. Science. August 1915.) Verf. sah in 3 Fällen von Epilepsie nach der partiellen Dauerkompression beider Karotiden eine weitgehende Besserung eintreten und empfiehlt diese namentlich bei jugendlichen Personen mit genuiner oder traumatischer Epilepsie. Kurt Boas.

M. Ballaban, Über den orbitogenen Hirnabszeß. (Prager med. Wochenschr. 1915. Nr. 3.) Mitteilung eines Falles von orbitogenem Hirnabszeß. Nur die exakteste neurologisch-klinische Beobachtung ist imstande, das Bestehen eines orbitogenen Hirnabszesses zu konstatieren oder zu vermuten. Speziell einer im Ablaufe eines

Hirnabszesses auftretenden Neuritis optici und einem für Meningitis positiveren Liquorbefund ist keine besondere Bedeutung beizulegen.
Kurt Boas.

J. P. C. Griffith, Ein Fall von akuter zerebellarer Ataxie bei einem Kinde mit schneller und vollständiger Heilung. (Amer. Journ. of the med. Science. 1916. No. 1.) An der Hand eines eigenen und 17 in der Literatur mitgeteilter Fälle gibt Verf. ein Bild der akuten zerebellaren Ataxie im Kindesalter. Als unmittelbare Ursache werden häufig akute Infektionen und Traumen angegeben. Vestibularapparat und Labyrinth zeigten keine Störungen; ob sicher Läsionen im Kleinhirn vorhanden sind, läßt sich nicht mit Bestimmtheit sagen, kann aber angenommen werden. Störungen des Bewußtseins von längerer oder kürzerer Dauer wurden 11 mal beobachtet, andere Störungen, wie Krämpfe, Delirien usw., rühren nicht von Läsionen im Kleinhirn her, ebenso wie Sprachstörungen, die in 8 Fällen zur Beobachtung kamen. Die Patellarreflexe waren meist lebhaft oder gesteigert. In 9 Fällen bestand Fußklonus. Selten bestand Hypotonie der Beinmuskulatur. In allen Fällen war Ataxie der Extremitäten vorhanden; willkürliche Innervation der Sphinkteren fehlte 3 mal, Nystagmus war 5 mal, Neuritis optici 1 mal vorhanden. Vollständige Heilung trat in 7 Fällen ein, in einigen anderen bedeutende Besserung. Kurt Boas.

H. Ernberg, Fall av paralysie générale hos ett barn, med diskussion. (Hygiea. LXXVIII. 1895/1916. [Schwedisch].) In dem Falle des Verf.s handelt es sich um ein jetzt 10 jähriges Kind mit kongenitaler Lues. In der Jugend traten bereits gewisse Gangstörungen sowie Zeichen von Neuropathie in die Erscheinung. Manifest wurden die Symptome der infantilen Paralyse im 8. Lebensjahre. Es bestanden deutliche Sprach- und Schriftstörungen, auf körperlichem Gebiete Lichtstarre der Pupille und Hyperästhesie. Die „vier Reaktionen" im Blut und Liquor cerebrospinalis waren sämtlich positiv. Der Fall des Verf.s stellt den zweiten in Schweden beobachteten Fall von Paralyse im Kindesalter dar. Der erste Fall ist im Jahre 1908 von H. Marcus beschrieben worden. Kurt Boas.

E. Warfvinge, Två fall av myxoedema congenitalis, med diskussion. (Hygiea. LXXVIII. 1891/1916. [Schwedisch].) Mitteilung zweier Fälle von typischem Myxödem, die anfänglich unter der Flagge der Rachitis segelten. Sowohl das Symptomenbild als auch die Röntgenaufnahmen waren charakteristisch. In beiden Fällen erzielte die Thyreoidinbehandlung gute Erfolge. Diese erfolgte in steigenden Dosen.

Besprechung. Ernberg macht auf gewisse Schwierigkeiten aufmerksam, welche sich bei der Dosierung der Schilddrüsenpräparate ergeben. Nach Verabfolgung von 1—1½ Tabletten sah er bereits Intoxikationserscheinungen, die andererseits auch nach stärkeren Dosen (2 Tabletten) ausblieben. Auch bei noch kleineren Dosen beobachtet man manchmal starkes Schwitzen. Es ist daher zweckmäßig, in jedem Fall von Myxödem erst eine gewisse Toleranzgrenze für Schilddrüsenpräparate auszuwerten, ehe man an eine entsprechende Behandlung herangeht.

Grund will die tägliche Thyreoidinmenge auf 0,20 mg beschränkt wissen. Er führt ferner an, daß Alt vor der eigentlichen Schilddrüsenbehandlung bei Myxödem erst Jod verabreicht, während Siegert die ersten 3—4 Wochen Arsen

als Liquor arsenicosum, 3—6 Tropfen täglich, gibt. Dabei soll die Kost eine vegetabilische sein. Man kann dann bis auf 0,30 mg Schilddrüsenextrakt hinaufgehen, ohne Intoxikationserscheinungen befürchten zu müssen.

Kurt Boas.

O. Billquist, Demonstration av en 6-månanders flicka, där diagnosen våger mellan myatonia congenita (Oppenheim) och progressiv spinal muskelatrofii, typ Werdnig-Hoffmann. (Hygiea. LXXVIII. 1882/1916. [Schwedisch.) Mitteilung eines Falles bei einem 6 Monate alten Säugling, bei dem die Differentialdiagnose schwankte zwischen Myatonia congenita Oppenheim und progressiver spinaler Muskelatrophie, Typus Werdnig-Hoffmann. In der Familie kamen 3 Fälle von spastischer Heredodegeneration vor, ferner eine Fehlgeburt und eine Frühgeburt der Mutter. An Symptomen zeigte Pat. u. a.: hochgradige Adipesitas, palpable Muskelatrophie, Kontrakturen an den oberen Extremitäten in der für Myatonia congenita charakteristischen Art und Weise, typisches faradisches und galvanisches Verhalten, fibrilläre Zuckungen der Zunge (zuerst von Krabbe beschrieben), negative Wa.-R. im Blut, keine Intelligenzstörungen. Im Anschluß an die Mitteilung des Falles wird die Differentialdiagnose nach allen Richtungen hin ventiliert und die verschiedenen Erklärungsversuche der angeborenen Myatonia diskutiert.

Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Langstein (Berlin): **Die künftige Gestaltung der Kinderernährung im Kriege.** Die Verhältnisse des Lebensmittelmarktes haben es notwendig gemacht, eine Reihe von speziellen Rohstoffen, die früher für Kinder verwendet wurden, der allgemeinen Ernährung zuzuführen. Vortr. behandelt zuerst die Ernährung der gesunden Säuglinge. Der kranke Säugling braucht eine Reihe malzhaltiger Zuckerpräparate. Zugelassen ist Löfflunds Nährmaltose und Löfflunds Malzsuppenextrakte (500—700 g), Soxhlets verbesserte Liebigsuppe, außerdem bewährte Konserven, wie Eiweißmilch und Buttermilchpräparate, ferner Plasmon, Nutrose, Ramogen und Malzsuppenextrakt für die Hellersche Malzsuppe. Für kranke Säuglinge ist 75%iges Vorzugsweizenmehl vorgesehen. Um Mißbräuche zu verhüten, ist bestimmt: die Verordnung darf nur für 1 Monat erfolgen, und bei Verabreichung der betreffenden Präparate wird die Milch- und die Zuckerkarte eingezogen. Es ist jetzt Gelegenheit zu einer ausgedehnten Stillpropaganda gegeben. (Kriegsärztliche Abende in Berlin, 22. Mai 1916.

Habermann: **Weitgehende Besserung eines an skrofulöser Keratitis leidenden Kindes nach Gonokokkenvakzineeinspritzungen.** Bei einem 4jährigen Mädchen, welches wegen Vulgovaginitis gonorrhoica und schwerer skrofulöser Keratokonjunktivitis sowie skrofulösem Gesichts- und Kopfekzem in Behandlung kam, wurde durch Einspritzung von Gonokokkenvakzine (½—10 Millionen intravenös) nicht nur die Gonorrhoe günstig beeinflußt, sondern es trat auch eine überraschende Besserung der Augenerkrankung und des Allgemeinbefindens ein, nachdem die vorhergegangene örtliche Behandlung mit gelber Augensalbe und Atropineinträufelung monatelang ohne Erfolg gewesen war. Besonders nach den höheren Dosen, die stärkere Fieberreaktionen (bis zu 39°) auslösten, bildeten sich die Phlyktänen und Lichtscheu usw. geradezu sprunghaft nach jeder Einspritzung zusehends zurück. Auch bei anderen Hautkrankheiten entzündlicher Art (Sykosis, Furunkulose usw.) scheint diese jetzt vielfach empfohlene sogenannte unspezifische Fiebertherapie oft günstig einzuwirken. Neben verschiedenen Heterovakzinen wurden auch intramuskuläre Einspritzungen von Milch nach Saxl und Müller sowie schließlich Erhöhung der Körpertemperatur durch protrahierte heiße Bäder (Weiss) zum Teil mit Erfolg ausgeführt.

(Niederrhein. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkunde in Bonn, 11. Dezember 1916.)

Rüder: **Knochenmißbildung.** Vortr. stellt Röntgenbilder vor von einem Neugeborenen, bei dem sich kolbige Verdickungen der Tibia zeigten. Die Tibia zeigt beiderseits eine Verkürzung um die Hälfte und eine Verdickung um reichlich das Doppelte bei vollkommen normaler Fibula. Andere Veränderungen waren am Knochensystem nicht zu konstatieren. Lues wurde nicht nachgewiesen. Wa.-R. negativ. In der Familie keine Mißbildungen anamnestisch nachweisbar. Anamnestisch von Interesse war, daß ein Freund des Ehemannes, der im Felde, die Frau besuchte, bei dem an den Unterschenkeln sofort dieselben Mißbildungen auffielen. Er leugnet aber. Vortr. zeigt als Gegensatz zu dieser pathologischen Veränderung der Diaphyse einen extremen Fall von Chondrodystrophie, einen Phokomelus, im Diapositiv. Obere und untere Extremitäten fehlen vollkommen. Arme und Beine liegen den Schultern bzw. dem Becken direkt an. Dieser Fall wurde schon früher demonstriert. Eine Ursache für obige Mißbildung der Tibia konnte nicht festgestellt werden. (Ärztl. Verein in Hamburg, 17. Oktober 1916.)

Moro: **Zur Statistik der Pneumokokkenperitonitis.** Einem in der letzten Sitzung geäußerten Wunsche des Herrn Menge entsprechend, bringe ich eine Statistik über die an der Kinderklinik beobachteten Fälle von Pneumokokkenperitonitis. Wir verfügen nur über 19 bakteriologisch festgestellte Fälle. Alle wurden operiert. Mortalität 57%. Nur 3 Kinder jünger als 4 Jahre. Sämtliche 19 Fälle betrafen das weibliche Geschlecht. Trotz der relativ geringen Zahl und ohne daran zweifeln zu wollen, daß von der Erkrankung gelegentlich auch Knaben befallen werden, gibt das Ergebnis doch zu denken, wieso es kommt, daß ein Prozeß, für den ziemlich allgemein der hämatogene Ursprung angenommen zu werden pflegt, so ausgesprochen das weibliche Geschlecht bevorzugt.

Besprechung. Menge: Die Tuberkulose der Genitalien hat ihren Sitz fast ausschließlich in der Tube, und zwar in deren abdominellem Teile. Nun ist die Genitaltuberkulose sicher sekundär. Analog könnte man sich vorstellen, daß hämatogen zuerst eine Pneumokokkensalpyngitis entsteht und von ihr ausgehend eine Pneumokokkenperitonitis. — Wilms: Wie bei der Appendizitis die entzündliche Schwellung der Schleimhaut schließlich zu einer Inkarzeration des Wurmfortsatzes in sich selbst (venöse Stauung bei arterieller Zufuhr) führt und von da aus sich die Entzündung auf das Peritoneum fortsetzt, so kann ähnlich auch durch entzündliche Schwellung des anderen abdominellen Schleimhautorganes, der Tube, schließlich eine Infektion des Peritoneums zustandekommen. Als das Primäre ist jedenfalls die Schleimhautentzündung anzunehmen. — Vollhardt: Bei Nephrosen tritt oft der Tod durch Pneumokokkenperitonitis ein. (Naturhist.-med. Verein Heidelberg, 23. Januar 1917.)

III. Therapeutische Notizen.[1]

Therapeutische Vorschläge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. Von Prof. F. Göppert (Göttingen). Zur Behandlung des Erbrechens bei schweren Magendarmerkrankungen. In der Regel weicht das Erbrechen bei den schweren Magendarmerkrankungen des Säuglings schon der üblichen Wasserdiät, doch besteht es bei einer Anzahl von Fällen, die an der Grenze der Intoxikation stehen, trotz Teediät weiter fort. Die übliche Verordnung, kleine Mengen kühlenden Getränkes zu geben, wirkt keineswegs immer erbrechenstillend und wird der wichtigsten Indikation, nämlich eine gründliche Durchspülung des Körpers zu bewirken, nicht gerecht. Dagegen gelingt es leicht, und zwar fast bei allen überhaupt noch in poliklinischer Behandlung zu rettenden Kindern, das Leiden sofort zu heben, wenn man mittels Schlundsonde 200 ccm und mehr Salzwasserlösung, und zwar am besten von Lullus- oder Karlsbader Mühlbrunnen, oder eines alkalischen Säuerlings einführt. Wichtig und für das Wohlbefinden des Kindes zweifellos auch sonst förderlich ist, daß die Flüssigkeit auf 39—40° C erhitzt wird. Es empfiehlt sich, die Sonde durch die Nase einzuführen (Katheterstärke 5—7 mm). Aber auch sonst ist die Indikation zu einer forcierten Wasserspeisung nicht allzu ängstlich abzuwägen. Ein großer Teil der Intoxikationserscheinungen, namentlich im Sommer, beruht mehr als auf etwas anderem auf der Verdurstung der Gewebe oder wird zum mindesten durch starke Wasser-

[1]) **Die mit * bezeichneten Notizen beziehen sich auf Erwachsene.**

speisung gehoben. Man sieht nämlich in solchen Fällen nach Darmspülung oder Magenfüllung innerhalb von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde oft einen so intensiven Umschlag des Befindens, daß man geradezu diagnostisch die scheinbar bösartigsten Fälle als leichte entlarven kann. Für Fälle, die man nicht unter klinische Obhut nimmt, empfiehlt sich daher die skizzierte Magenfüllung mit einer entsprechenden Darmspülung. Auch zu letzterer nehme man selbst beim hoch fiebernden Kinde stets eine mindestens 38—39° warme Flüssigkeit, z. B. 2—3 Liter Wasser mit russischem Tee oder 4 Händen voll weißem Ton. Bei über den Beginn der Teediät fortdauerndem Erbrechen scheint mir aber das beschriebene Verfahren obligatorisch. Eine besondere Rolle scheint mir das Erbrechen zu spielen, das bei den wirklich schweren Intoxikationen am 2. Tage der Behandlung wieder eintritt, wenn wir mit der von Finkelstein zuerst eingeführten und immer noch besten Therapie beginnen, nämlich dem Kinde 2stündlich 5 ccm Brustmichl, Eiweißmilch, Buttermilch oder Molke reichen. Hier reserviere man den Magen für das, was er allein leisten kann, nämlich für die Nahrungsverdauung, und zwar muß man die kleinen Mengen unverdünnt geben und höchstens noch kleinste Mengen Wasser (nicht Tee) nebenher reichen. Die Wasserversorgung geschieht vom Mastdarm aus durch permanente Irrigation. Die hierzu nötige Ringersche Lösung kann man folgendermaßen herstellen: 1 gehäufter Teelöffel Salz auf 1 Liter Wasser, dazu 4—10 Eßlöffel Kalkwasser. Als Notbehelf dienen 4stündliche Bleibeklistiere von etwa 100 g der gleichen Lösung, die mit dem Irrigator eingeführt werden müssen. Doch gehören solche Fälle womöglich in klinische Behandlung.

Zur Behandlung der Rumination im Säuglingsalter. Das Wiederkäuen im Säuglingsalter ist, wie das mechanische Selbst-Hin- und Herwiegen des Körpers und das onanistische Reiben, eine Folge davon, daß der Säugling nicht in der Beschäftigung mit der Außenwelt, sondern in Gefühlen des eigenen Körpers seine Unterhaltung findet. Ich möchte es mit den Käfigkrankheiten der Tiere vergleichen. Die Rumination wird namentlich durch unzweckmäßige alimentäre Behandlungsversuche, aber selbst bei Brusternährung recht oft lebensbedrohlich und wirkt auf alle Fälle entwicklungshemmend. Die therapeutische Aufgabe ist, einen dem Kinde adäquaten Reiz zu finden, der das Kind veranlaßt, sein Interesse auf die Außenwelt zu projizieren. Das kann gelingen durch Herumtragen, Ausfahren im offenen Wagen, Verlegung auf eine Station mit älteren Kindern. In anderen Fällen bleibt dies wirkungslos, und man erreicht das Ziel dadurch, daß man an einem Faden über dem Bett eine Anzahl verschiedener Spielsachen, kleine Spiegel, Klappern, buntes Papier aufhängt, doch muß man auch hiermit wechseln, denn sobald Gewöhnung eintritt, beginnt das Leiden von neuem. Kleine Klapse, Anrufen usw. unterstützen pädagogisch die Maßregel; denn schon im 7. bis 8. Monat besteht ein ausgesprochenes Schuldbewußtsein. Der Phantasie des Arztes muß es überlassen bleiben, nach diesen Andeutungen den richtigen Weg zu finden.

Zur Behandlung des Kollapses mit Zyanose bei Neugeborenen. Bei gesunden Brustkindern der ersten 14 Lebenstage erlebt man mitunter folgendes Krankheitsbild, das Verf. schon an anderer Stelle kurz erwähnt hat. Den Abend vorher war das Kind noch munter; vielleicht etwas unruhiger. Nachts trank es aus der Brust wenig oder gar nicht, und der in den Vormittagsstunden eiligst herbeigerufene Arzt findet ein grau-zyanotisch verfärbtes Kind zum Teil schon mit schnappender Atmung vor. Gewiß ist dies eine Todesart, wie wir sie bei der akuten Bronchitis und Bronchopneumonie des Neugeborenen auch ohne Hustenerscheinung finden. Alle möglichen Formen akuter Sepsis führen so zum Tode, gelegentlich auch einmal ein ganz akutes Erysipel. Aber ein erheblicher Prozentsatz dieser Kinder ist mit einem Schlage zu bessern, wenn man ihnen 100—150 g Tee zu trinken gibt. Spätestens nach 1 Stunde findet man ein völlig munteres Kind vor. Die Erscheinung ist so häufig, daß Verf. rät, bei diesen Kindern nie ein Urteil zu fällen, bevor man nicht das kleine Experiment gemacht hat. Der Grund dieses schweren Anfalles kann nur auf einer Verdurstung beruhen, und da ist es wichtig, festzustellen, daß Verf. diesen Zustand eben nur bei Brustkindern gesehen hat. Bei diesen wird ja das Flüssigkeitsbedürfnis in einer so knappen Weise gedeckt, daß z. B. ein darmkrankes älteres Kind allein dadurch, wie im ersten Abschnitt erwähnt, intoxikationsähnliche Zustände bekommen würde. Die dem Zustand vorhergehende Nahrungs-

verweigerung steigert den Nahrungsmangel aufs höchste, und trotzdem würde es beim gesunden reifen Kinde nicht zu diesem Zustande kommen. Es gehört eben dazu, daß das Kind erkrankt ist, und diese Krankheit ist meistenteils ein scheinbar harmloser Schnupfen, den man mit Mühe nur nachweisen kann. Oft äußert sich die Infektion dann dadurch, daß sich nun langsam ein leichterer oder schwerer Husten entwickelt. In einem Falle ging ein solches Kind 14 Tage später an einer Bronchitis zugrunde. Meist bleibt es aber bei einer unbedeutenden Schwellung und Rötung der Nasenschleimhaut. Nicht mit einer Bronchitis zu verwechseln ist, daß man bei längerer Dauer des Zustandes etwas gröberes Rasseln, gelegentlich auch einmal vorübergehend etwas Knistern hört. Im übrigen können auch ausgesprochen atelektatische Zustände durch Durst verschlimmert und somit durch Wasser gebessert werden. Doch hat dies mit dem Gros der Fälle nichts zu tun. Sie sind und bleiben gebessert, sobald man die Wiederkehr des Durstes durch Tee verhindert. Durch 4stündliches Frottieren mit gleichen Teilen Spiritus und Glyzerin bzw. Franzbranntwein kann man einem künftigen Versinken in Sopor gewiß vorbeugen, und diese Verordnung dürfte auch für alle Fälle zweckmäßig sein. Aber bei reifen Kindern ist dies nicht notwendig. Mit Rücksicht auf ein $1^1/_4$ kg schweres frühgeborenes Kind, das den gleichen Zustand zeigte und ebenso durch Wasser geheilt wurde, möchte Verf. darauf hinweisen, daß ähnliche Zustände bei Frühgeborenen bekannt sind. Erst neuerdings weist Birk darauf hin, daß diese Erscheinungen am besten durch gewaltsame Fütterung beseitigt werden. Er deutet sie als Folgen des Hungers. Doch dürfte es sich wahrscheinlich auch hier um Durstschädigung handeln. Während es sich hier um Neugeborene in der ersten, selten in der zweiten Lebenswoche handelt, kann man doch gelegentlich auch bei älteren Brustkindern das gleiche erleben und auf die gleiche Art heilen, wenn ein Brustkind, das an akutem Schnupfen erkrankt ist, namentlich in heißer Jahreszeit, die Nahrung eine Zeitlang völlig verweigert. Einen solchen Fall hat Verf. in dem zitierten Buche beschrieben. Die Kenntnis der Durstschädigung ist daher nicht nur beim darmkranken Kinde, wie Verf. oben geschildert, von lebensrettender Bedeutung.

Behandlung des Azetonerbrechens. Bei bestimmten Kindern, die meist außerdem mit Fett und Eiweiß überernährt sind, tritt periodisch ein Erbrechen auf, das 2—3 Tage dauert. Weitere Krankheitserscheinungen fehlen. Doch bedarf es bei den meisten der Kinder irgendeiner kleinen besonderen Schädigung, um den Anfall auszulösen, so z. B. meist einer leichten Nasenracheninfektion, seltener einer erheblichereren Erkrankung, wie fieberhafte Grippe, spastische Bronchitis und ähnlicher. Azetonämie und Azetonurie begleiten den Zustand und wachsen während desselben an, gehen ihm aber wenigstens nicht regelmäßig vorher. Auch die kleinsten Mengen gekühlter Nahrung werden erbrochen. Diesen Zustand kann man sofort beseitigen. Man erinnere sich, daß auch beim darmkranken Kinde das fortgesetzte Brechen bei nüchternem Magen verschwindet, wenn wir den Magen mit warmem Wasser dehnen. Man lasse die Kinder in höchstens 5—10 Minuten 250—300 g eines erwärmten Mineralbrunnens (Karlsbader, Lullusbrunnen oder alkalisch-muriatische Säuerlinge) trinken. Zuckerzusatz und Schokoladenplätzchen erleichtern die Prozedur, sind aber nicht notwendig. Ernster Zuspruch muß einen etwaigen Brechversuch während des Trinkens unterdrücken. Nachher ist es nicht mehr nötig, und man kann ruhig im Sinne der Kohlehydrattherapie, die u. a. Hecker empfohlen hat, 1 Stunde hinterher einen dicken Kartoffelbrei reichen lassen. Das prompte Aufhören des Erbrechens ist sicher durch die Dehnung des Magens bedingt. Daß die Wirkung anhält, ist aber Wasserwirkung, also Wirkung der Durchspülung. Denn es gelingt, das gleiche Ziel auf folgendem, allerdings weniger angenehmem Wege zu erreichen. Man gibt dem Kinde ein hohes Klistier mit etwa 1—2 Liter warmem Tee, läßt die erste Menge ausstoßen, gießt dann noch einmal $^1/_2$—$^3/_4$ Liter in den Darm ein. Die Entleerung wird möglichst lange gehindert. Oft erfolgt überhaupt keine mehr.

Behandlung der akuten Mageninsuffizienz der Säuglinge. Kinder zwischen $^1/_2$ und $1^1/_2$ Jahren, die chronisch darmgeschädigt sind, zeigen recht häufig ein Leiden, das bisher wenig beachtet worden ist. Meist handelt es sich um Kinder, die, schon von vornherein ernährungsgestört, eine bazilläre Ruhr mit ein oder mehreren Rückfällen durchgemacht haben. Doch kann auch eine Kette von leichteren Darmerkrankungen das Kind in diesen Zustand versetzen. Nach

der letzten Darmerkrankung ist der Stuhl wieder normal geworden. Das Kind beginnt sich zu erholen. Schon will man es aus der Behandlung entlassen, da wird berichtet, daß der Appetit schlechter wird, die Stühle ein wenig häufiger, ein wenig zerfahrener. Zum mindesten sind aber vom Darm aus keine alarmierenden Erscheinungen vorhanden. Bald stellt sich ein- oder zweimal am Tage leichtes Erbrechen ein, und wenn man nicht bald eingreift, tritt namentlich bei den Ruhrrekonvaleszenten in wenigen Stunden ein bedrohlicher Verfall ein, der die Hoffnung, hier noch helfend einzugreifen, anfänglich gering erscheinen läßt. Hebert man diesen Kindern 3—4 Stunden nach der so kärglich aufgenommenen Nahrung den Magen aus, so findet man noch erhebliche Reste vor. Man lasse dann im ausgespülten Magen 100—150 ccm der Spülflüssigkeit, am besten eines der bezeichneten Brunnen, zurück, lasse 8, höchstens 12 Stunden kleine Wassermengen reichen und gebe dann 3stündlich 30 g Buttermilch mit 1—2% Mehl bzw. die gleiche Menge zusatzfreier Molke 2mal in 24 Stunden. Bei Buttermilch steigt man um 100—150 ccm pro Tag, setzt, wenn man auf 1/2 Liter angekommen ist, 1—2% Nährzucker hinzu. Sobald man ungefähr 700 ccm erreicht hat, reduziert man die Zahl der Mahlzeiten auf 6 und führt kurz darauf statt einer Buttermilchflasche eine Mittagsmahlzeit in Gestalt von in Gemüsebrühe (das Gemüse wird selbstverständlich nicht mitgegeben) oder Bouillon gekochtem Gries ein. Nach ungefähr 6 Wochen kann man dann die Buttermilch allmählich durch die gewöhnliche Milchmischung ersetzen, wobei freilich 500—600 ccm Milch die Höchstmenge bilden. Bei Anwendung von Molke steigt man erst in der gleichen Weise auf 7 × 60 ccm Molke, gibt dann etwa 70 ccm Molke, 40 ccm Schleim, steigt höchstens bei größeren Kindern auf eine Tagesmenge von 500 ccm Molke und 200 ccm Schleim an und ersetzt nun täglich ungefähr 50 ccm Molke durch 50 ccm Milch. Dabei ist es wichtig, daß man nur 3/5 der Molke ersetzt. Zu gleicher Zeit führt man die Mittagsmahlzeit ein und verteilt die Molkenmahlzeiten erst auf 6, dann auf 4. Zusatz von Plasmon etwa 10—20 g pro Tag, d. h. 1—2%, beeinträchtigt den Erfolg nicht wesentlich. Im allgemeinen zieht Verf. die Buttermilchtherapie vor, weil er in ihr bei diesem Leiden die größere Erfahrung hat. Doch hat er den gleichen Erfolg mit Molke erzielt. Jedenfalls verdient die akute Mageninsuffizienz des chronisch darmkranken Säuglings eine sehr viel größere Beachtung, als sie bisher gefunden hat. Mit der Aufklärung des Krankheitsbildes ist zugleich der Weg zur erfolgreichen Beseitigung gegeben. (Ther. Mhft. 1916. Nr. 12.)

Ein neuer Ersatzsauger für Kindermilchflaschen aus präpariertem Elfenbein. Von Dr. **Hunaeus.** (Aus dem Cecilienheim des Vaterländischen Frauenvereins Hannover.) Der Mangel an Rohgummi seit Kriegsbeginn machte es notwendig, für die Herstellung von Gummisaugern sich des regenerierten Gummis zu bedienen. Abgesehen von der Tatsache, daß zeitweilig ein direkter Mangel auch an diesen so hergestellten Saugern vorhanden war, haben diese sich im Gebrauch nicht sonderlich bewährt. Sie reißen leicht ein und sind nicht lange haltbar. Aus diesen Gründen war es erklärlich, daß sich allerorten geschäftstüchtige Menschen fanden, die einen Ersatz für Gummisauger herzustellen sich bemühten. Teils aus Hartgummi, Glas oder Zelluloid in Olivenform, teils in Gestalt den sonst üblichen Gummisaugern nachgeahmt, lassen alle diese „Ersatzsauger" die Weichheit und Elastizität der echten Gummisauger vermissen. Nun hat der in Elfenbeindrechslerei erfahrene Fabrikant Otto Hartz in Hannover[1] nach vielerlei Versuchen einen Sauger aus präpariertem Elfenbein hergestellt, der diese beiden Eigenschaften aufweist und dabei leicht zu reinigen ist. Die Sauger sind aus einem Stück Elfenbein gedreht und werden mittels eines Schraubgewindes auf ein aus Knochen bestehendes Saugröhrchen, welches den Flaschenverschlußkork durchbohrt, aufgeschroben. Die Reinigung der beiden an sich selbständigen Teile kann sachgemäß verschieden vorgenommen werden. Das Unterteil (Kork und Saugröhrchen) wird man zweckmäßigerweise vor jedem Gebrauch auskochen, während man den eigentlichen Sauger nach Reinigung mit kaltem Wasser entweder in sterilem Wasser, Borwasser (3%) oder einer Lösung von Kal. hypermanganic. (1 : 1000) aufbewahrt. Bei Einlegen in letztere Lösung nimmt das Elfenbein eine schwärzliche Farbe an, die aber belanglos ist. Bei trockener Aufbewahrung erhärtet das Elfenbein, es wird aber sofort wieder weich und quellt in seine ursprüngliche Form wieder auf,

[1] Firma: „Desa", Deutsche Elfenbein-Sauger G. m. b. H., Hannover.

wenn es in Wasser oder die eben genannten wäßrigen Lösungen gelegt wird. Längeres Auskochen führt zu einer bleibenden Formveränderung und ist deshalb nicht anzuraten. Nach längerer Prüfung kann Verf. diesen Elfenbeinsauger nur empfehlen. Die Kinder, welche bei den aus harten Stoffen hergestellten Ersatzsaugern Schwierigkeiten beim Trinken machten, sich oft verschluckten und ein Weitertrinken oft verweigerten, nahmen infolge der Weichheit den Elfenbeinsauger ohne Widerstreben. Da bei richtiger Behandlung der Sauger unbegrenzt haltbar und leicht zu reinigen ist, scheint der Preis von 2 bis 3 Mark je nach Größe bei der Kostspieligkeit des Rohmaterials durchaus angemessen.

(M. Kl. 1917. Nr. 17.)

* **Die Behandlung der Urtikaria.** Von P. G. Unna (Hamburg). Bei chronischer Urtikaria müssen wir in erster Linie die anfängliche Hyperämie beseitigen. Das geschieht z. B. durch innere Medikation von Ammoniak in Verbindung mit Menthol:

Rp.	Ammon. carbon.	5,0
	Liq. Ammon. anis.	5,0
	Syr. simpl.	20,0
	Ap. Menth. pip. ad	200,0

M. S. Stündlich 1 Kinderlöffel zwischen den Mahlzeiten.

Wenn ausnahmsweise Ammoniak nach einigen Tagen vom Magen nicht mehr vertragen wird, gibt man Ichthyol in Pillen oder Kapseln (1—2 g täglich). Auch extern appliziere man Ichthyol; am besten betupft man Quaddeln mit reinem, etwas mit Wasser verdünntem Ichthyol, läßt dasselbe antrocknen und wischt über die ganze trockene Fläche Pasta Zink. mollis so oft auf, als ein Juckanfall sich meldet. Ein Aderlaß wirkt bisweilen sehr gut. Auch Suprarenin hat sich bewährt:

Rp.	Sol. Suprarenin. (1 : 1000)	2,0—5,0
	Syr. simpl.	2,0
	Aq. dest.	ad 100,0

M. S. Stündlich 1 Teelöffel.

Man kann mehrere Tage hindurch täglich 1—2 g dieser Lösung geben, bis der volle Erfolg erreicht ist. Endlich wären noch zu nennen Schwefelbäder. Auch sie wirken anämisierend, wenn sie mit gewissen Vorsichtsmaßregeln gegeben werden, nämlich nicht zu stark (50—100 g Schwefelleber auf ein Bad), nicht zu warm (etwa 35° C) und ohne die Haut nachher abzureiben oder abzutrocknen. Die Haut wird entweder mit Zinkpuder sanft trocken gewischt, oder besser noch, der Patient geht, ohne abzutrocknen, mit einem Badetuch umhüllt ins Bett und pudert erst nach einer halben Stunde ein, wenn die Haut trocken geworden ist. Diese Bäder sind besonders indiziert bei Komplikation mit Ekzem. Die Dauer der Bäder wird nach dem Gefühl des Patienten dosiert und kann eine halbe Stunde und mehr betragen. Ganz vortreffliche Wirkung sieht man auch von lauwarmen Douchen, die aus einer Gießkanne in Kopfhöhe langsam über den Körper gegossen werden. Auch bei Bädern und Douchen ist eine Hauptsache, daß der erzielte anämisierende Effekt nicht durch Abreiben der Haut wieder in sein Gegenteil verkehrt wird. Also auch hier: Trocknen im Bett, dann Puder oder Paste. Steht man einem schweren Falle von universeller Urtikaria mit geröteter hyperästhetischer, geschwollener, zerkratzter, mit Quaddeln besetzter Haut gegenüber, so ist die Reihe der angegebenen anämisierenden Mittel die allein in Betracht kommende. Anders bei unkomplizierter und örtlich begrenzter Urtikaria. Hier sind gefäßlähmende Mittel, Säuren und Atropin, am Platze, z. B. Mixtura sulfur. acid. Althergebracht ist die äußere und innere Anwendung von Hausessig (Acid. acet. 4%) und Zitronensäure. Moderner ist die Ordination von Salizyl, Natr. salizyl., Aspirin, Salol. Auch Baldrian wirkt gut, vor allem der Tee; aber auch Baldrianpräparate: Bornyval, Validol, Bromural. In letzterem ist auch Brom eine wirksame Komponente. Stärker und rascher wirkt Atropin (Injektion von 0,001 oder Pillen zu 0,0005 3—4 stündlich). Man kann es neben Suprarenin haben: dieses zur Nacht, wo es den hyperämisierenden Einfluß der Bettwärme aufhebt, am Tage Atropin. (B. kl. W. 1916. Nr. 30/31.)

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. November 1917. Nr. 11.

I. Referate.

Eugen Schlesinger (Straßburg i. E.), Der Einfluß der durch die Kriegslage veränderten Ernährung auf die Schulpflicht der herangewachsenen Jugend. (Arch. f. Kinderheilk. LXVI. H. 3—4.) Der Einfluß der Kriegskost und der durch die Kriegslage bedingten Ernährungsschwierigkeiten auf Kinder und die heranwachsende Jugend gibt keinen Anlaß zur Besorgnis und Beunruhigung. Man sieht keine ungünstige Beeinflussung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Kinder. Eine Hemmung des Wachstums läßt sich mit Sicherheit ausschließen. Das allgemeine konstitutionelle Verhalten erfährt wohl eine unbedeutende Verschlechterung; die Anzahl der mangelhaft entwickelten Knaben nimmt in der Volksschule etwas zu. Das Gewicht der Kinder im Schulalter und der jungen Leute blieb allerdings im Sommer 1916 etwas zurück gegenüber früheren Jahren, und zwar ist der Unterschied um so größer, je älter die Kinder sind: bei den jüngsten Kindern bis zum 9. Lebensjahre ist er ganz unbedeutend, bei den Lehrlingen beträgt er in den einzelnen Gruppen bis $2^1/_2$ kg. Auch ist der Rückstand aus dem Mittelstand etwas größer als bei denen aus den unteren Ständen, indem ihre von vornherein größere Reserve stark angegriffen wird. Aber dieser Gewichtsverlust kann nach seiner Größe und seiner Art, einem reinen Fettverlust, zu ernster Besorgnis keine Veranlassung geben. Zudem sieht man, daß bereits im Herbst 1916 durch die günstigeren Ernährungsverhältnisse während des Sommers und durch andere physiologische Umstände sich wieder ein, wenn auch vielleicht nur vorübergehender, Ausgleich der ungünstigen Gewichtszunahmen im Winter und Frühjahr anbahnt. Die Gewichtszunahmen sind im dritten Vierteljahr 1916 um ebenso viel, wenn nicht in noch höherem Maße, regelmäßiger und größer als in der gleichen Periode früherer Jahre, wie die Gewichtsstillstände und -abnahmen im ersten und namentlich im zweiten Vierteljahr 1916 weit häufiger sind als in den entsprechenden Zeitabschnitten vor dem Krieg.

Immerhin verdienen die festgestellten Gewichtsabnahmen Berücksichtigung; für die herangewachsene Jugend ist der Brotanteil bereits erhöht worden; für die jüngeren Schulkinder ist eine Erhöhung des Milchanteils ins Auge zu fassen, vielleicht mancherorts in der Form eines zweiten Frühstücks in der Schule, um ihnen die Zulage auch sicherzustellen. Mit Nachdruck sind die Lehrlinge auf Verminderung ihrer Ausgaben für Bier und Tabak, die älteren der Volksschüler aber, namentlich wenn die Mutter außerhalb ihrer Familie auf Arbeit geht, auf die Kriegsküchen hinzuweisen. Hecker (München).

Karl Wedholm (Upsala), Über den Einfluß der Säuglingsernährung auf Ernährungszustand und Entwicklung der Muskulatur im Kindesalter. (Ebenda.) Brustkinder sind in den ersten zwei Lebensjahren wohlgenährter und muskelkräftiger als künstlich ernährte. Nach Beendigung des 2. Lebensjahres besteht betreffs des Körperfettes und der Muskulatur kein auffallender Unterschied zwischen beiden. Als eine der Ursachen für die schlechtere Entwicklung der Muskulatur bei den Flaschenkindern muß die in diesem Alter so gewöhnliche Rachitis angesehen werden.

Hecker (München).

Ingeborg Chievitz geb. **Jacobsen** und **Adolph H. Meyer** (Kopenhagen), Weitere Untersuchungen über den Keuchhusten nebst einer Methode zur früheren Diagnose der Krankheit. (Ebenda.) Komplementbindung eines Menschenserums mit dem Bordet-Gengouschen Bazillus als Antigen macht es überaus wahrscheinlich, daß das fragliche Individuum den Keuchhusten hat oder kürzlich hatte. Das Ausbleiben der Reaktion ist dagegen kein sicheres Anzeichen dafür, daß das Individuum die Krankheit nicht hat oder nicht kürzlich hatte, indem die Komplementbindung erst etwa in der 3. oder 4. Krankheitswoche einzutreten scheint und nach Verlauf weniger Monate schwinden kann, in einzelnen Fällen noch schneller, in seltenen Fällen sogar auszubleiben scheint, wegen Mangel an komplementbindenden Antistoffen des Serums. Die Verff. sind der Ansicht, daß der Bordet-Gengousche Bazillus ohnehin zweifellos der Keuchhustenbazillus ist. Hecker (München).

Adolf Baginsky (Berlin), Die „Einheitsschule" in schulhygienischer Beleuchtung. (Ebenda.) Zum Referate nicht geeignet. Hecker (München).

Tierarzt Dr. **Scheiber** (Cöln-Lindenthal), Milchversorgung und Milchverwertung während des Krieges in Flandern. (Ebenda.) Es gibt keine gesetzlichen Bestimmungen über Milchproduktion in Flandern. Die Milchwirtschaft wird in der gemischten Form, als Zucht- und als Abmelkwirtschaft, betrieben. Die Kuh dient in erster Linie als Mistlieferantin für eine intensive Ackerwirtschaft. Die Milchlieferung nimmt erst die zweite Stelle ein. Die Laktationsperiode der flandrischen Kühe dauert 10—11 Monate, die jährliche Milchleistung beträgt 2800—3000 Liter mit einem durchschnittlichen Fettgehalt von 3,6%. Die Haltung der Milchkühe entspricht der modernen Hygiene. Gemolken wird fast ausnahmslos fast dreimal täglich. Eine Reinigung der Trinkmilch durch Zentrifugieren mit nachfolgendem Zusammengießen von Rahm und Magermilch wird nicht gemacht. Der Milchhandel ist nicht ausgedehnt, meist holen die Konsumenten die Milch in offenen Kannen aus dem Gehöfte. Die Milchkontrolle ist mangelhaft; die Notwendigkeit von Stallkontrollen und die Mitwirkung von Tierärzten ist unbekannt. Von Maßnahmen, während des Krieges entstanden, ist die Milchversorgung des spanisch-amerikanischen Hilfskomitees zu nennen, die sich auf Kinder bis zu 3 Jahren, die alten und kranken Leute der unbemittelten Klassen erstreckt; die Wohlhabenden müssen sehen,

woher sie ihre Milch bekommen: ferner das Oeuvre de la goutte de lait, eine private wohltätige Einrichtung, die aber nur mangelhaft funktioniert. Eine unter Mitwirkung des deutschen Generalgouvernements ausgegebene Zeitschrift „Der Landmann" sorgt für Aufklärung. Die Buttererzeugung wird von der deutschen Militärverwaltung sehr gefördert.

Im ganzen ist die Frage der modernen Milchversorgung in Flandern noch so gut wie ungelöst. Die bescheidenen Anfänge sind größtenteils erst durch den Krieg hervorgerufen worden.

Hecker (München).

Mathilde Windmüller (Breslau), Über Pellidol. (Ebenda.) Günstige Erfahrungen wurden gemacht bei Verbrennungen mit 2%iger P.-Vaselinsalbe, bei Pemphigus neonatorum und nässenden Ekzemen mit 5%igem P.-Boluspuder, bei chronischen Ekzemen mit 2%iger P.-Zinkpasta. Hecker (München).

R. Koch (Frankfurt a. M.), Über Serumtherapie bei Scharlach. (Ebenda.) Erwiderung auf die Abhandlung von Charlotte Krause. (Ebenda. LVI. H. 1—2.) Hecker (München).

Charlotte Krause (Berlin), Erwiderung auf Kochs Bemerkungen zu meiner Arbeit über Serumtherapie bei Scharlach. (Ebenda.) Hecker (München).

E. Slawik, Meningismus nach Injektion von Neosalvarsan bei einem Säugling. (Aus der Universitäts-Kinderklinik der Prager Findelanstalt.) (M. Kl. 1917. Nr. 14.) Die Krankheitserscheinungen des Zentralnervensystems traten am 3. Tage nach der Salvarsaninjektion auf. Das Kind war vorher gesund. Wie ein Blitz aus heiterem Himmel überraschten die schweren und das Leben gefährdenden Krämpfe. 3 Tage lang schwebte das Kind zwischen Leben und Tod und erholte sich langsam von der schweren Erkrankung. Eine Schädigung ist ihm nicht geblieben, da dasselbe bei der Entlassung gesund war und seit seiner Entlassung aus der Anstalt nach Mitteilung seiner Mutter gesund geblieben ist und sich normal weiterentwickelt hat.

Es war nun das Naheliegendste, beim Ausbruch der Erkrankung an einen epileptischen oder eklamptischen Anfall zu denken. Gegen Epilepsie sprach der Umstand, daß der Nachweis einer hereditären Disposition für dieselbe nicht vorlag. Für die Annahme einer Eklampsie fehlten frühere anderweitige Zeichen einer spasmophilen Diathese. Auch die Erscheinungen vom Magendarmtraktus her waren von zu geringfügiger Art, als daß sie als auslösende Ursache für einen eklamptischen Anfall betrachtet werden konnten. Dem Erbrechen nach der Injektion von Salvarsan maß Verf. keine große Bedeutung zu, da er es nach Salvarsaninjektionen bei Säuglingen ziemlich häufig, mitunter auch mit Diarrhoen verbunden, auftreten und nach 1—2 Tagen spontan ohne stärkere Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes schwinden sah, Erscheinungen, die auch schon von anderen Autoren beobachtet worden sind.

Die Diagnose lautete: zerebrale Erkrankung, schwankte aber zwischen eitriger Meningitis oder seröser Meningitis bzw. Meningismus. Die Lumbalpunktion brachte die Entscheidung. Die Klarheit, der

geringe Eiweißgehalt und das negative zytologische Resultat des Punktates führte also mit Berücksichtigung der eingangs erwähnten Kriterien zur Diagnose des Meningismus. Als Ursache der Erkrankung kam nur das Salvarsan in Betracht, da sich aus dem zeitlichen Zusammenfall der Erscheinungen mit der Injektion auch deren kausaler Zusammenhang in eindeutiger Weise erklären ließ.

Außer dem ätiologischen Moment verdient das Alter des Individuums und der günstige Ausgang der Erkrankung hervorgehoben zu werden. Bei einem erst 5 Monate alten Säugling ist derselbe bemerkenswert. Von besonderem Interesse sind ferner die Augensymptome. Sie zeigten das Bild einer vorübergehenden Amaurose. Der leere Blick des Kindes trotz sonstigen klaren Bewußtseins, das Fehlen des binokularen Einstellens der Augen und das langsame Wiederkehren des Erkennens von Gegenständen (z. B. der ihm vertrauten Milchflasche) machen es wahrscheinlich, daß das Kind auch nach Abklingen der zerebralen Erscheinungen noch einige Zeit blind war. Diese Erscheinung findet Verf. beim Meningismus infektiöser Ätiologie nirgends erwähnt. In seinem Falle bildet die vorübergehende Erblindung eine Komplikation, welche als eine spezifische Wirkung des Salvarsans auf den Augenapparat selbst aufzufassen ist.

Die zerebralen Erscheinungen nach Injektion von Salvarsan und Neosalvarsan standen im Beginn ihrer Anwendung wegen ihres schweren, meist letalen Ausganges im Vordergrund des Interesses. Ihr gehäuftes Auftreten bei den sogenannten metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, der Paralyse und Tabes, ferner bei Lues des Gehirns und der Menningen mahnte zur äußersten Vorsicht bei dem Gebrauche des Mittels. Diese Komplikationen wurden nun in derartigen Fällen als Folge der Einwirkung des Salvarsans auf ein geschädigtes Zentralnervensystem gedeutet. Im Gegensatze hierzu stehen jene analogen Zwischenfälle, bei denen, wie in obiger Beobachtung, eine Voruntersuchung des Individuums derartige Schäden des Zentralnervensystems nicht auffinden läßt. Die Ursachen für deren Zustandekommen bleiben uns meist unklar.

Obige Beobachtung betrifft zwar keinen Todesfall, wohl aber sehr ernste und schwere Krankheitserscheinungen infolge einer Neosalvarsaninjektion, welche einen jungen Säugling gefährdeten. Wir müssen diesen Fall zu jenen rechnen, welche derartige Salvarsanschädigungen trotz genauer Voruntersuchung nicht ausschließen lassen. Denn Verf. hat keine Zeichen, weder einer vorhergegangenen oder bestehenden Erkrankung des Zentralnervensystems noch des Zirkulationsapparats, bei dem Kinde feststellen können, die zu einer besonderen Vorsicht oder zu einer Kontraindikation der Salvarsaninjektion hätten mahnen müssen. Eine Insuffizienz der Nierenfunktion lag nach dem negativen Ergebnisse der Harnanalyse ebenfalls nicht vor. Von technischen Fehlern, die zur Verantwortung herangezogen werden könnten, da dieselben nach Ansicht Ehrlichs das Entstehen solcher Salvarsanschäden begünstigen, ist der „Gruppenwasserfehler" auszuschließen. Verf. übt bei jeder Injektion wie auch bei der Zubereitung der Lösung peinliche Sterilisation aller dazu notwendigen Gegenstände. Ein anderer Fehler, der bei zu langem Stehen des

Salvarsans dadurch entstehen kann, daß sich durch Oxydation das stärker toxische Produkt, das Paramidophenylarsenoxyd, bildet, kann für diesen Fall auch ausgeschlossen werden. Zur Bestätigung dieser Behauptung kann der Umstand angeführt werden, daß ein zweiter Säugling, dem die zweite Hälfte der Lösung gleichzeitig injiziert wurde, vollständig gesund blieb. Endlich wäre eine dritte Möglichkeit zu erwägen, und zwar die Überdosierung. Verf. verwendete 0,075 g Neosalvarsan, eine Menge, die der üblichen Dosierung von 0,015 g pro Kilogramm Körpergewicht bei normaler Entwicklung eines mehrmonatigen Säuglings entspricht. Verf. hat bis dahin an dieser Dosierung bei zahlreichen Fällen festgehalten, ohne einen Schaden zu sehen. Dennoch ist er aber seit dieser Erfahrung mit der Dosierung vorsichtiger geworden und verwendet 0,01 g Neosalvarsan pro Kilogramm zur intramuskulären Injektion.

Verf. ist somit geneigt, jene Idiosynkrasie des Zentralnervensystems gegen Salvarsan anzunehmen, welche die überempfindliche Reaktion des Zentralnervensystems verursacht hat. Dennoch möchte er diese Erklärung als ein Ultimum refugium für jene seltenen Fälle hinstellen, in denen es trotz genauester Analyse des Individuums nicht gelingt, einen organischen Fehler als Ursache des Salvarsanschadens aufzudecken. Keinesfalls kann aber dieser Fall von der weiteren Behandlung der Säuglinge mit Salvarsan abschrecken. Dagegen mahnt uns derselbe, vor allem bei poliklinischem oder ambulatorischem Material, das nach der Injektion der ärztlichen Kontrolle entzogen ist, bei der Dosierung äußerst vorsichtig zu sein.

Grätzer.

Körner (Muskau), Die bakteriologische Nachuntersuchung bei Diphtherie und die Behandlung der Bazillenträger. (Ebenda.) Verf. schreibt:

„Im Sommer 1915 trat in der hiesigen Gegend eine Diphtherieepidemie auf, welche außerordentlich hartnäckig war und sich bis in den Sommer 1916 hinein erstreckte. Wiederholte Beobachtungen machten in mir den Verdacht rege, daß die scheinbar genesenen und dem Verkehr mit anderen Personen wiedergegebenen Patienten häufig wohl doch noch in der Lage seien, die Krankheit weiter zu verbreiten, d. h. daß ein Teil von ihnen als Bazillenträger zu betrachten sei. Es ergab sich die Notwendigkeit, alle Diphtheriekranken, welche in Zukunft in Behandlung kamen, einer bakteriologischen Nachuntersuchung zu unterziehen. Dies wurde genau durchgeführt, indem ich bei allen Patienten 4 Wochen nach der Seruminjektion einen Rachenabstrich in den bekannten, in den Apotheken erhältlichen Papierbeuteln an das Königliche Medizinaluntersuchungsamt in Breslau einschickte.

Das Ergebnis war bei den ersten 50 in Behandlung kommenden Fällen folgendes: Von den 50 bakteriologisch untersuchten Fällen ergaben 32 einen negativen Befund, 18 einen positiven, d. h. 4 Wochen nach der Seruminjektion waren 36% der Erkrankten noch Bazillenträger. Bei der 2 Wochen später vorgenommenen wiederholten bakteriologischen Untersuchung dieser 18 positiv befundenen waren 10 negativ, 8 positiv. Von diesen 8 positiven nach weiteren 2 Wochen

5 negativ, 3 positiv. Nach weiteren 3 Wochen von diesen 3 positiven 1 negativ, 2 positiv. Nach weiteren 4 Wochen diese beiden noch positiv. Nach weiteren 3 Wochen beide auch noch positiv.

Also nach 18 Wochen waren von den 50 Fällen 2 immer noch als Bazillenträger zu betrachten.

Da in diesen beiden besonders hartnäckigen Fällen ein gewisser Grad von Mandelhypertrophie bestand, so war anzunehmen, daß die Lakunen der Mandeln und vielleicht noch mehr der Raum hinter den Mandeln den Bazillen einen guten Schlupfwinkel boten. Alles fleißige Gurgeln mit desinfizierenden Lösungen war vergebens gewesen.

Auf Anfrage bei dem Spezialarzt für Halskrankheiten Dr. J. in G., ob es sich nicht empfehle, die Tonsillotomie vorzunehmen, wurde mir erklärt, daß nach seiner Überzeugung das Vorhandensein von Diphtheriebazillen nicht als Behinderungsgrund für die Tonsillotomie zu betrachten sei, er rate aber, zunächst einmal 10—14 Tage lang täglich eine energische Pinselung des Rachenraumes mit einer 5%igen wäßrigen Lösung von Methylenblau vorzunehmen und dann noch einmal eine bakteriologische Untersuchung folgen zu lassen.

Da die beiden Patienten auf dem Lande wohnten, so ließ ich durch die in dem betreffenden Dorfe ansässige Gemeindeschwester die Pinselung 2 Wochen hindurch mittels des bekannten Rachenpinsels mit gebogenem Drahtstiel vornehmen, und zwar abends spät, damit die Kinder nicht in die Lage kamen, durch Trinken von vielem Wasser die Lösung bald wieder zu entfernen. Die Eltern wurden darauf aufmerksam gemacht, daß durch die Pinselungen der Urin sich grün färben würde.

Irgendwelche unangenehmen Wirkungen haben die Pinselungen nicht gehabt. Nach der letzten Pinselung wartete ich noch mehrere Tage ab, um dann die bakteriologische Untersuchung folgen zu lassen.

Das Ergebnis war negativ. Die hypertrophischen Mandeln waren abgeschwollen, und das vorher immer etwas gedunsen aussehende Gesicht der Kinder sah wieder frisch und normal aus.

Ich habe seitdem den Grundsatz, jeden Diphtheriefall, bei welchem die bakteriologische Untersuchung 4 Wochen nach der Seruminjektion einen positiven Befund ergibt, mit der genannten Methylenblaulösung zu behandeln. Das Resultat ist auch weiterhin gleich gut geblieben.

Für den behandelnden Arzt (denn nicht der Medizinalbeamte, sondern der behandelnde Arzt hat den Diphtheriefall der Ortspolizeibehörde als erledigt zu melden) ergibt sich aus den obigen Ausführungen die dringende Notwendigkeit, jeden Diphtheriefall einer bakteriologischen Nachuntersuchung zu unterziehen, ehe er ihn als erledigt abmeldet. Der Segen, der dadurch gestiftet wird, wiegt die geringe Mühe reichlich auf." Grätzer.

Steber, Zum Verlaufe und zur Behandlung schwerer Spulwurmerkrankungen. (Aus der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Cöln-Mülheim.) (D. m. W. 1917. Nr. 33.) Verf. schreibt:

„Der durch Askariden bedingte Darmverschluß (Ileus verminosus), von Leichtenstern noch bezweifelt, ist nun schon häufiger be-

obachtet worden. Im allgemeinen führt er trotz recht bedrohlicher Erscheinungen durch rechtzeitige energische interne Therapie zu gutem Ausgang. Im folgenden berichte ich zuerst über einen Fall von Wurmileus, der ohne operativen Eingriff verloren gegangen wäre und der noch nach dem Eingriff der Beseitigung der ungeheuren Askaridenmengen durch innere Mittel erhebliche Schwierigkeiten bereitete.

Es handelt sich um ein 7jähriges Mädchen, das, am 17. April 1917 nachmittags mit heftigen Leibschmerzen erkrankt, hier nachts zur Operation kam. Es bot das ausgesprochene Bild des Darmverschlusses, mit eingefallenem Gesicht, aufgetriebenem, gespanntem Leib, kleinem schnellen Puls, Erbrechen und Stuhlverhaltung. Bei der Laparotomie zeigte sich ein etwa 15 cm langes Ileumstück 40 cm oberhalb der Ileozökalklappe durch Askaridenmassen völlig verstopft, auf das doppelte Lumen verbreitert, mit blaurötlich verfärbtem, mattglänzendem Serosaüberzug. Im Becken fand sich reichlich trüb seröses Exsudat. Im weiter verlaufenden Ileum und besonders im Zökum und Colon ascendens waren noch unzählige Würmer.

Es fragte sich nun, wie der Wurmknäuel am besten aus dem Ileum beseitigt werden konnte, um die Lebensfähigkeit und Tätigkeit des Darmes wiederherzustellen. Lejars empfiehlt, den Darm zu eröffnen und die Würmer herauszubefördern. Aber abgesehen von der Infektiosität dieser Manipulationen, verträgt der dann genähte Darm weniger die sofort einzuleitende energische Wurmabtreibungskur. Deshalb wurden aus dem uneröffneten Darm vom Wurmknäuel die Askariden erst einzeln, dann haufenweise gelockert und abwärts in das Zökum gestrichen.

Alsbald nach der Operation wurde zur Anregung der darniederliegenden Darmperistaltik ein Einlauf gegeben, dann zur Abtreibung der Würmer Santonin mit Kalomel āā 0,05, dann wieder ein Einlauf. Nach einigen Stunden bekam die Patientin einen Eßlöffel Rizinusöl in Kognak, was noch zweimal im Tage wiederholt wurde. Dazwischen wurde durch den elektrischen Glühlichtbogen der Bauch erwärmt. Die Spannung und Druckempfindlichkeit des Leibes ließ darauf nach, das Erbrechen blieb aus, das Aussehen besserte sich, Stuhl oder Flatus erfolgten aber nicht.

Am 2. Tage wurden, nachdem eine zweimalige Gabe von Santonin und Kalomel abwechselnd mit Rizinusöl erfolglos geblieben war, 2 Tassen Knoblauch in Milch und Knoblaucheinlauf verabreicht.

Am 3. Tage wurde Oleum Chenopodii dreimal täglich 8 Tropfen mit nachfolgendem Rizinusöl versucht. Daraufhin trat zum erstenmal Stuhl ein mit Abgang von etwa 10 Askariden.

Am 4. Tage gingen dann auf weitere Gaben von Oleum Chenopodii und Oleum Ricini mehr Würmer ab. Am 5. Tage wurden sie massenhaft entleert. Die Kur wurde fortgesetzt, bis der Stuhl dauernd von Würmern freiblieb.

Andere Symptome und anderen Verlauf hatte die Krankheit bei der am 17. März 1917 aufgenommenen $5^1/_2$jährigen Schwester der Patientin gezeigt. Sie war angeblich seit 2 Tagen erkrankt mit Stuhlverhaltung und Leibschmerzen. Die Patientin war sehr unruhig,

hatte einen kleinen, schnellen Puls und eingefallenes Gesicht. Der Bauch war aufgetrieben, gespannt, nirgends umschrieben druckempfindlich. Erbrechen hatte die Patientin nicht. Das Bild entsprach weder einem Ileus noch einer Peritonitis. Es wurde letztere angenommen. Bei der Operation nach einigen Stunden fand sich wenig seröses Exsudat im kleinen Becken. Die Dünndarmschlingen waren gebläht, überall durchgängig. Im Zökum und Kolon waren zahlreiche Spulwürmer, ohne das Lumen zu verstopfen. Das Peritoneum war frei von entzündlichen Erscheinungen. Es lag also weder Peritonitis noch Ileus vor. Die Appendix schien entzündlich verdickt. Im Lumen steckte ein Spulwurm. Appendix mit Spulwurm wurde entfernt. Bald nach der Operation wurde versucht, durch Einlauf die Peristaltik anzuregen. Es trat auch alsbald dünne Stuhlentleerung ein. Auf Santonin mit Kalomel erfolgte nochmals Stuhl. Die Unruhe des Kindes nahm aber von Stunde zu Stunde zu. Mehrmals im Laufe des Tages sprang es aus dem Bett und zeigte sich völlig verwirrt. Unter Krämpfen kam es dann abends ad exitum.

Im Gegensatz zum erstbeschriebenen Falle war hier die Einwirkung der Würmer vorwiegend toxischer Art. Neben der Parese des Darmes traten die zerebralen Symptome in den Vordergrund. Im ersten Falle war das Bedrohliche die Obturation des Ileums, nach deren Behebung war die Hauptgefahr beseitigt. Trotzdem die Würmer danach noch 3 Tage und länger im Dickdarm verweilten, richteten sie keinen weiteren Schaden an.

Im zweiten Falle führten sie mit ihren Produkten schon am 3. Tage durch die zerebrale Intoxikation den Tod herbei.

Am wirksamsten erwies sich unter den Wurmmitteln das Oleum Chenopodii. Im zweiten Falle kam es bei dem schnellen Verlauf nicht zur Anwendung. Ob es denselben hätte aufhalten können, erscheint zweifelhaft. Jedenfalls verdient es unter den Mitteln gegen Askariden den Vorzug." Grätzer.

K. E. F. Schmitz, Über die Gramfestigkeit der Diphtheriebazillen und ihre theoretische und praktische Bedeutung. (B. kl. W. 1917. Nr. 6.) Bei einer Reihe von Diphtherie- und Pseudodiphtheriereinkulturen konnte festgestellt werden, daß bei 15 Minuten dauernder Entfärbung in absolutem Alkohol die Diphtheriebazillen den Gramfarbstoff leichter abgeben wie die Pseudodiphtheriebazillen.

Diese von Langer und Krüger beobachtete Tatsache kann jedoch nicht als ein Merkmal gedeutet werden, das sie scharf von den Pseudodiphtheriebazillen trennt, und zwar aus folgenden Gründen:

1. entfärben sich auch die echten Diphtheriebazillen nicht vollkommen. Die Reste der Blaufärbung sind bei Gegenfärbung mit schwächeren Farbstoffen (Eosin, Vesuvin) leicht nachweisbar.

2. Einige Monate alte Kulturen echter Diphtheriebazillen zeigten ziemlich hochgradige Grampositivität, besonders die sogenannten Degenerationsformen behielten die Gramfarbe sehr fest.

3. Es konnte bei 2 Stämmen, die auch in ihrem sonstigen Verhalten, besonders in dem langsamen Abbau der Vergärungsfähigkeit von Traubenzucker, einen Übergang zu den Pseudodiphtheriebazillen bildeten, beobachtet werden, daß dieselben bei der Herauszüchtung



die Gramfarbe sehr leicht, nach einigen Monaten jedoch sehr schwer abgaben, sich also zuerst wie Diphtherie- und später wie Pseudodiphtheriebazillen verhielten. Es erleichtert uns also eher die Gramfärbung mit der verlängerten Entfärbung den Nachweis, daß sich Diphtheriebazillen in Pseudodiphtheriebazillen umwandeln können.

4. Bei einer großen Reihe von Rachenabstrichuntersuchungen konnte festgestellt werden, daß die aufzufindenden saprophytischen Bakterien (Heubazillen und sonstige Stäbchen, Staphylokokken, Streptokokken, Sarcinen, Hefen usw.) in der Mehrzahl bei der verlängerten Entfärbung die Gramfarbe ebenfalls abgaben. Dieses Verhalten läßt sich in den Originalpräparaten fast durchgängig finden, in dem Kulturpräparat sind die Bakterien etwas häufiger gut Grampositiv. Es verhindert dieses Verhalten die leichtere Auffindung der Diphtheriebazillen im Originalpräparat. Auch die Auffindung im Kulturpräparat beim Vorhandensein von Kokken ist wegen dieser wechselnden Färbung der letzteren nicht erleichtert. Grätzer.

Jacobitz, Die spezifische Entfärbung der Diphtheriebazillen nach Langer. (Aus dem Königl. hygienischen Institut Beuthen O.-S.) (Ebenda.) Unter 220 zur Untersuchung auf Diphtheriebazillen eingesandten Proben fanden sich bei zweien Stäbchen, die ihrem Aussehen, ihrer Lagerung, der bei allen deutlich auftretenden Polkörnchenfärbung und der gewöhnlichen Gramfärbung nach als typische Diphtheriebazillen anzusehen waren, während in den Präparaten nach Langer sich nebeneinander ausgesprochen Gram-positive und Gram-negative Stäbchen fanden. In dem einen Fall überwogen die Gram-positiven Stäbchen. Beide Arten von Stäbchen waren auch in Ausstrichpräparaten von derselben Kolonie vorhanden. Bei Übertragung einer einzelnen Kolonie auf frische Löfflerplatten waren in dem einen Falle nach 24 Stunden bei 37° alle Stäbchen, nach Langer behandelt, entfärbt, während in dem anderen Falle erst nach einer weiteren Überimpfung vollkommene Entfärbung aller Bazillen festgestellt werden konnte. Die weitere bakteriologische Prüfung der in Rede stehenden Stäbchen auf Säurebildung und Trübung im Thielschen Nährboden, anaërobes Wachstum und im Tierversuch ergab, daß es sich um eche, virulente Diphtheriebazillen handelte, und zwar beide Male um einen Diphtheriestamm mit einer nicht geringen Anzahl von Individuen, deren Gramfestigkeit durch eine 15 Minuten lang durchgeführte Entfärbung nicht vermindert wurde.

Die beiden Erkrankungen betrafen Kinder von 1 bzw. 9 Jahren, die beiden zur Untersuchung eingesandten Mandelabstriche waren am 5. Krankheitstage entnommen.

In einem dritten Falle — es handelte sich um einen Abstrich von den Mandeln und dem weichen Gaumen einer 31jährigen Frau — ergab die Untersuchung der Löfflerplatte neben anderen Bakterien, insbesondere Kokken, reichlich Diphtheriebazillen gleichende Stäbchen mit Polkörnchenfärbung, die bei der Färbung nach Langer sich vollständig entfärbten, mit der gewöhnlichen Gramfärbung aber keinen blauen, sondern einen helleren, mehr violetten Farbenton zeigten. Die weitere genaue Untersuchung ergab, daß die Stäbchen nicht

Diphtheriebazillen waren, sondern zu den von Landau näher behandelten, der Leptothrix nahestehenden Bakterien gehörten.

Diese Beobachtungen zeigen, daß der Wert der von Langer angegebenen spezifischen Entfärbung der Diphtheriebazillen wohl nur als ein bedingter anzusehen ist und daß die Langersche Methode hinsichtlich ihrer differentialdiagnostischen Bedeutung noch eingehender Nachprüfung bedarf. Grätzer.

Doernberger (München), Hebung der Volkskraft durch Kräftigung unserer Jugend. (M. m. W. 1917. Nr. 1.) In den folgenden Leitsätzen, welche die Kommission zur Beratung von Fragen der Erhaltung und Mehrung der Volkskraft annahm, sollen nur die Wünsche zusammengefaßt werden, welche in der Hauptsache der ärztliche Verein schon lange hegte, welche jedoch gerade jetzt allen, die es angeht, dringend ans Herz gelegt werden sollen.

Leitsätze.

Trotzdem sich unsere Jugend in diesem Kriege stark und ausdauernd erwies, veranlassen die Verluste an Menschenleben sowie die Verringerung der Geburten während der Kriegszeit die Forderung, auf die Heranbildung des Nachwuchses zu einem wehr-, berufs- und lebenstüchtigen Volk noch mehr wie sonst bedacht zu sein.

An die Kleinkinderfürsorge muß sich die Sorge für die heranwachsenden Knaben und Mädchen anschließen, mit der Schulpflicht beginnend und bis zur Militärpflicht reichend.

Die körperliche Erziehung ist in ihrem Werte und ihrer Notwendigkeit neben die geistige zu stellen.

Volksschule.

Im Unterricht soll ausgiebige Belehrung über Pflege des Körpers und der Gesundheit stattfinden.

Die von den Schulärzten erkannten Schwächen und Krankheiten sind mit allen verfügbaren Mitteln zu bekämpfen.

In der Beratung der Angehörigen sollen Lehrerschaft und Schulpflegerin den Arzt unterstützen. Aufgabe letzterer ist es, in Kriegszeiten ganz besonders, die Kinder, deren Väter im Feld stehen, verwundet oder gefallen sind, deren Mütter in Arbeit oder sonst verhindert sind, der Fürsorge, der Behandlung zuzuführen.

Behandlungsmöglichkeiten (Schulpolikliniken, Schulzahnkliniken u. dgl.), etwa auf dem Boden freier Arztwahl, sind für Unbemittelte mehr wie bisher zu schaffen. Für die Behandlung der Kinder Kassenangehöriger wäre die Schaffung der Familienversicherung im Auge zu behalten.

Die Absonderung Ansteckender, besonders Tuberkulöser, ist sehr wichtig.

Leibliche Übungen sind, abgesehen vom allgemeinen Schulunterricht in einwandfreien Hallen und im Freien, noch durch Sonderturnkurse, durch vermehrte Wanderungen, Eislauf im Winter, Schwimmunterricht u. dgl. sowie verstärkten Spielbetrieb zu pflegen.

Die Fürsorge durch Kinderheilstätten, Waldschulen, Ferienkolonien, Speisung ist noch nicht genügend. Freiwillige Spenden in

reichem Maße, größere Zuschüsse des Staates und der Gemeinde sind notwendig.

Die Einrichtung der Schulärzte ist auch auf alle Landbezirke auszudehnen.

Volksschulentlassene.

Bei den Volksschulentlassenen müssen sich Jugendpflege, ärztliche Beratung und Überwachung in die Hand arbeiten. Die allgemeine Einführung von Pflichtturnstunden ist immer wieder zu verlangen. Der Eintritt in Turn-, Sport-, Wander- und Wehrkraftvereine mit anerkannt guter Leitung ist durch die Schulbehörde und die Lehrherren zu empfehlen und zu fördern.

Wo Pflichtturnunterricht innerhalb des Fortbildungsschulbetriebes nicht möglich wäre, hätte die Schulbehörde den Nachweis der Teilnahme an Vereinsübungen obengenannter Art zu fordern. Die Art der Leibesübungen muß nach Berufsgruppen verschieden sein.

Die persönliche Gesundheit und körperliche Ausbildung der Fortbildungsschüler beiderlei Geschlechts ist durch Schulärzte und Gewerbeärzte in ausreichender Zahl zu überwachen und zu beraten.

Die für die körperliche Erholung und Erziehung notwendige freie Zeit ist außerhalb des Sonntags von den Lehrherren auf gesetzlichem Weg zu erlangen.

Belehrungen gesundheitlicher Art sind auf dieser Altersstufe besonders wichtig (Alkohol, Tabak, Geschlechtsreife).

Höhere Lehranstalten.

An den höheren Lehranstalten sind die körperlichen Leistungen bei Knaben und Mädchen neben den geistigen höher zu bewerten als bisher. Befreiungen vom Turnunterricht müssen Ausnahmen sein für körperlich ganz Unfähige. Mit Fehlern Behaftete sind nicht ganz zu befreien, sondern nur von bestimmten Übungen, oder je nach Art des Fehlers in Schonungsklassen zu vereinigen, orthopädischem Turnunterricht bzw. dem Spezialarzt für Orthopädie zuzuweisen. Die pflichtgemäßen Jugendspiele müssen mit allem Ernst unter möglichst allgemeiner Teilnahme betrieben werden. Der Eintritt in bewährte Vereinigungen, welche die Hebung der Volks- und Wehrkraft durch Ertüchtigung der Jugend bezwecken, ist seitens der Schule zu befürworten. Die Schule hat für die leibliche Erholung und Kräftigung die nötige Zeit zu gewähren und auf die hierfür festgesetzten Stunden bei Einteilung und Bemessung der Hausaufgaben Rücksicht zu nehmen.

Die Gesundheit der Schüler verträgt keine weitere Belastung des Lehrplanes. Derselbe ist zugunsten der körperlichen und geistigen Gesundheit der Jugend von allem Überflüssigen zu befreien, auch darf nicht durch die erwünschte vermehrte körperliche Erziehung an der Schule die Zahl der Unterrichtsstunden vermehrt und dadurch die freie Zeit außerhalb des Unterrichts verkürzt werden. Die Lehrkräfte sollten sich möglichst selbst an der leiblichen Ertüchtigung der Jugend als Förderer und Führer beteiligen.

Schulärzte sind für alle höheren Knaben- und Mädchenschulen aufzustellen als Berater für die Schüler, deren Angehörige und die Lehrer in Fragen der gesundheitlichen Erziehung.



Militärische Jugenderziehung.

Vom 17. Lebensjahr an ziehe die Heeresleitung in Ergänzung der Wehrpflicht alle deutschen Jünglinge in Stadt und Land zur vorbereitenden militärischen Erziehung heran, wobei die Schule von ihren Rechten nichts einzubüßen braucht.

Die nötige Zeit ist für Schüler von der Schule, für Berufsbeflissene von den Dienst- und Lehrherren durch gesetzliche Verordnung zu erwirken.

Die Ansprüche an den Körper müssen der jugendlichen Leistungsfähigkeit angepaßt und dürfen nicht überspannt werden.

Die Einrichtung von Schonungsgruppen macht auch die Schwächlichen tüchtiger, deren Heranziehung besonders wichtig ist. Ärztliche Anfangsuntersuchung und fortlaufende Überwachung scheiden auch hier die völlig Untauglichen aus, schützen vor Schädigung, fördern den Zweck.

Überhaupt ist es notwendig, daß die Ärzte bei Bemessung der Leistungsfähigkeit, bei Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse der im Schul- und Lehralter stehenden Jugend mehr als bisher gehört werden.

Zur Durchführung einer umfassenden körperlichen Jugendertüchtigung in Stadt und Land muß der Staat sich der weiteren Mithilfe der bisher bewährten Kräfte versichern und neue heranbilden, muß für die nötige freie Zeit und ausreichende, brauchbare Übungsgelegenheiten (Hallen, Plätze, Gelände) Sorge tragen.

Grätzer.

H. Sauer, Über gehäufte kleine Anfälle bei Kindern (Pyknolepsie). (Mschr. f. Psych. u. Neurol. XL. 1916. H. 5.) Verf. gebraucht für die Friedmannschen gehäuften kleinen Anfälle das Wort Pyknolepsie. „Das Bedürfnis nach einem neuen Namen für das neue, von Friedmann beschriebene Krankheitsbild liegt sicherlich (? Ref.) vor, mag es sich nun um eine eigene Krankheit handeln oder nicht.“ Bezüglich der Frage nach der Einordnung des Krankheitsbildes (Epilepsie? Hysterie?) und der Berechtigung, es als nosologische Einheit aufzufassen, bestehen noch Meinungsverschiedenheiten.

Verf. teilt 8 Krankengeschichten mit. Sie zeigen, daß, wenn auch gewöhnlich jeder Fall Monotonie bezüglich feiner Anfälle aufweist, doch die Anfälle in den verschiedenen Fällen recht different sein können. Gemeinsam allen Fällen ist das Intaktbleiben von Persönlichkeit und Intelligenz, ihr periodisches, stark gehäuftes Auftreten und die Unbeeinflußbarkeit durch jegliche Therapie. Es gibt Fälle mit motorischen Reizerscheinungen und Fälle ohne solche, Fälle mit ganz oberflächlicher Bewußtseinstrübung und solche mit Aufhebung des Bewußtseins oder mit Abänderung der Bewußtseinsvorgänge nach Art von Ausnahmezuständen. Die Tiefe der Bewußtseinsstörung kann sogar bei ein und demselben Patienten wechseln.

Der Krankheitsbegriff der Pyknolepsie im Kindesalter ist weiter als bisher, und zwar vermutlich so zu fassen, daß solche Fälle Pyknolepsien sind, die ein Intaktbleiben von Intelligenz und Psyche,

große Häufung der Anfälle, periodisches An- und Abschwellen sowie wahrscheinlich auch Sistieren um die Pubertätszeit zeigen.

Die wesentlichste Schwierigkeit bleibt die sichere Abgrenzung von der Epilepsie. Die Auffassung von Redlich, Bolten u. a., daß allen als Narkolepsie beschriebenen Fällen epileptische Störungen zugrunde liegen, kann nicht als berechtigt anerkannt werden. (In einer Erwiderung [Mschr. f. Psych. XLI. H. 2] führt Bolten aus, daß diese Auffassung durchaus nicht die seine oder diejenige Redlichs sei. Nach Bolten beruhen weitaus die meisten Fälle gehäufter kleiner Anfälle auf Epilepsie, und zwar meist auf organischer oder zerebraler Epilepsie, und einige auf gemeiner Epilepsie.) Kurt Mendel.

Edward Flatau und **Jozef Handelsmann,** Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie und Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1916. XXXI. H. 1—3.) Experimente an 72 Hunden zwecks Erzeugung einer experimentellen Zerebrospinalmeningitis sowie zur Frage der Behandlung derselben. Behufs Meningitiserzeugung wurden einerseits pyogene Bakterien (Streptokokken, Staphylokokken), andererseits aber hauptsächlich die sogenannte Genickstarre erzeugenden Bakterien (Weichselbaumsche Meningococcus intracellularis, Fränkelsche Pneumococcus) angewandt. Es zeigte sich u. a., daß die intralumbale Meningokokkeninjektion bei Hunden zwar eine schwache Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute zu erzeugen vermag, daß jedoch klinische Erscheinungen (außer Alterationen des Liquor cerebrospinalis) fast gar nicht zustande kommen und daß folglich histologische Alterationen weit deutlicher auftreten, als dies, nach den klinischen Erscheinungen zu urteilen, scheinen könnte. Näheres über den experimentellen Teil ist im Original nachzulesen.

Zu therapeutischen Zwecken wurden angewandt:

1. Antipneumokokkenserum; es wirkte auf die Entwicklung der Krankheit entschieden hemmend ein; je früher die Serumbehandlung begann, desto länger hielt die Fortschrittshemmung der Meningitis an; bei rechtzeitig und systematisch durchgeführter Behandlung tritt Genesung ein.

2. Chemische Mittel (Urotropin, Metallpräparate). Das prophylaktisch per os bei Hunden angewandte Urotropin wirkt möglicherweise hemmend auf den entzündlichen Vorgang in den Häuten ein, während das subkutan und intravertebral verabreichte Urotropin keine spezielle Wirkung auf den Verlauf der Meningitis ausübte; es kann sogar eine schädliche Wirkung entfalten, und zwar infolge einer starken Hyperämie der Meningen. Silberpräparate zeigten keinen Erfolg.

3. Chirurgische Eingriffe (Trepanation mit nachfolgender Durchspülung des Zentralnervensystems mit physiologischer Kochsalzlösung). Aus den diesbezüglichen Experimenten der Verff. lassen sich vorerst keine Schlüsse ziehen. Kurt Mendel.

Heinrich Higier, Ein ohne Bewußtseinstrübung ablaufendes paralytisches Äquivalent der genuinen Epilepsie in Form von Status hemiparalyticus. (Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk.

LV. 1916. H. 1—3.) Der Status hemiparalyticus idiopathicus tritt stereotyp als vorübergehende Lähmung auf. Bei Individuen, die entweder schon vorher Jacksonsche epileptische Anfälle gezeigt haben oder erst später solche bekommen, treten in verschiedener Häufigkeit in Intervallen von Tagen, Wochen oder Monaten, aber auch mehrmals am Tage, zuweilen eingeleitet in den betroffenen Extremitäten von sehr intensiven Parästhesien, Lähmungen auf, die meist mono- oder hemiplegisch sind und zwischen Stunden und Sekunden dauern. Die aktive Motilität wird ganz ausgeschaltet, dagegen bleibt die passive Beweglichkeit intakt, die Sensibilität, Sehnen- und Hautreflexe bleiben vollständig erhalten.

Verf. teilt in der vorliegenden Arbeit folgenden Fall mit: 56jähriger Kaufmann. Früher gesund. Lues und Potus negiert. Vor 10 Jahren allgemeiner epileptischer Krampfanfall, vor 4 Jahren apoplektiformer Insult mit 1stündigem Bewußtseinsverlust, ohne eine Lähmung auf motorischem oder sensiblem Gebiete zu hinterlassen. Ab und zu leichte Schwindelanfälle. Eines Tages plötzliche Lähmung des rechten Armes, sie geht rasch vorüber, wiederholt sich darauf oft, geht gelegentlich auf das Bein und die Gesichtshälfte über und wird in der Regel von Sprachstörungen begleitet. Die Lähmung oder Schwäche wird ab und zu von einem prickelnden Gefühl in den Fingern und der Zunge eingeleitet oder begleitet. Der Ausfall der Motilität dauert 1—5 Minuten, ist meist absolut, das Bewußtsein ist nicht getrübt. Sehnen- und Hautreflexe bleiben normal, die Sensibilität ungestört, die Pupillenreaktion prompt. Keine tonischen oder klonischen Zuckungen. Linke Seite stets ganz frei. Zuweilen folgen sich die Anfälle Schlag auf Schlag. Herz und Puls ohne Sonderheit. Arteriosklerose, erhöhter Blutdruck. Keine Zeichen eines organischen Leidens. Augengrund, Intelligenz normal. Keine hysterischen Stigmata. Vom 5. Tage an wurden die Anfälle seltener, um schließlich ganz aufzuhören.

Verf. meint, daß es sich um eine genuine Epilepsie handelt, die möglicherweise als spät aufgetretene (Epilepsia tarda) mit Hirnarterioskleroe in losem Zusammenhang steht. Nichts spricht für eine organische Hirnerkrankung (Hirnlues, Hirntumor, intrameningeale oder intrazerebrale Blutung).

Solche Fälle von Status hemiparalyticus epilepsiae genuinae gehören zu den größten Seltenheiten. Kurt Mendel.

Rudolf Ganter, Über die Behandlung der Epilepsie mit salzarmer Kost und Sedobrol und Sedobrol und Luminal. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. XL. 1916. H. 6.) 1. Salzarme Kost (etwa 10 g Kochsalzgehalt) und 2—3 Sedobroltabletten am Tage. Behandlung von 99 Kranken (66 Männer, 33 Frauen). Geheilt 7%, guter Erfolg bei 52%, geringer Erfolg bei 25%, kein Erfolg bei 15%. Kur nicht unvermittelt unterbrechen! Eventuelle Nebenwirkungen: Bromerscheinungen an der Haut, gesteigerte Reizbarkeit und Streitsucht.

2. Salzarme Kost, Sedobrol und Luminal (2—3mal täglich 0,1 Luminal + 2,0—3,0 Brom). Wo mit 0,1 Luminal und Brom nicht viel zu erreichen ist, bleibt auch 0,2 ohne ersichtlichen Einfluß.

Eventuelle Nebenwirkungen: Schläfrigkeit, Benommenheit, Tatlosigkeit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen. Frauen scheinen vielfach dem Luminal gegenüber eine größere Empfindlichkeit an den Tag zu legen als Männer; das Gleiche gilt für das Sedobrol.

Psychisch defekte, verwirrte, geisteskranke, verblödete Epileptiker geben keine geeigneten Objekte für die Behandlung ab. Auch die kurz dauernden Bewußtseinstrübungen scheinen wenig beeinflußbar zu sein.

In der Behandlung der Epilepsie mit salzarmer Kost und Sedobrol haben wir ein die einfache Brombehandlung weit übertreffendes Mittel (7 % gegen 2,5 % Heilungen). Das Luminal ist eventuell ein sehr wirksames, unterstützendes Mittel, das in Dosen von 0,1 meist lange Zeit ohne Schaden gegeben werden kann. Kurt Mendel.

Fr. Lüscher (Bern), Gibt es eine Chorea laryngis? (Ztschr. f. Laryngol. Rhinol. u. die Grenzgebiete. VIII. 1917.) Diese beiden von dem Verf. beobachteten Fälle sind grundverschiedener Natur. Der den Knaben betreffende ist als eine reine Chorea minor zu betrachten; die Larynxerscheinungen sind nur als Teilerscheinungen anzusehen, während der zweite Fall ganz sicher auf hysterischer Basis beruht. Die Chorea im allgemeinen und die des Larynx ist nur ein hysterisches Symptom. Die nämlichen Erscheinungen traten bei der Patientin schon vor 6 Jahren auf und waren von äußerst hartnäckiger Natur, insofern als die Patientin während voller 2 Jahre mit diesem quälenden Husten zu tun hatte. Alle Versuche medikamentöser, mechanischer, psychischer Natur brachten damals keine Heilung, einzig eine Wachsuggestion führte schließlich zum erwünschten Ziele.

Wenn wir alle Fälle der uns zugänglichen Literatur und unsere eigenen durchsehen, so erhalten wir den bestimmten Eindruck, daß ein großer Teil dieser Choreafälle entweder rein hysterischer Natur ist oder Chorea mit hysterischen Erscheinungen vergesellschaftet. Absolut reine Choreafälle, bei denen von Hysterie keine irgendwelchen Anhaltspunkte vorhanden wären, sind jedenfalls nur wenige. Und was nun die Chorea laryngis bzw. die Sprachstörung betrifft, so ist auch nicht ein einziger Fall bekannt, bei dem nur der Larynx in Frage käme. Bei allen Fällen sind neben den laryngealen Erscheinungen auch andere choreatische Symptome mit verbunden. Die Beobachtungen am Larynx sind auch sehr verschiedener Natur; bald tritt Husten in Anfällen auf, bald beherrscht er das Bild fast vollständig, indem er den Pat. kontinuierlich quält.

Die Sprachstörungen werden bald mit, bald ohne Husten beobachtet und sind ebenfalls sehr verschiedener Natur. Bald zeigt der Pat. das Bild des Stotterers, dann wieder das der Anarthrie oder das der reinen hysterischen Aphonie usw. Allen Fällen kommt es zu, daß im Schlaf der Husten aussetzt. Das laryngoskopische Bild — wo es aufgenommen werden konnte — zeigte in der größten Zahl der Fälle keine Abnormitäten, weder in der anatomischen Anordnung, noch in der Funktion der Stimmbänder. Der Husten ist nicht bedingt durch Veränderungen des Larynx, sondern sehr wahrscheinlich durch choreatische Zuckungen der Respirationsmuskulatur mit Einschluß des Zwerchfelles.

Nach diesen Zusammenstellungen und eigenen Beobachtungen dürfen bzw. müssen wir mit Schech, Onodi und anderen Autoren absolut einig gehen, daß der Begriff „Chorea laryngis“ nur „Unheil“ anstiftet und deshalb aus der Nomenklatur ausgeschaltet werden sollte. Es gibt wohl eine Chorea laryngis, wenn man so will, aber keine genuine; sie ist nur die Teilerscheinung der allgemeinen Chorea. So wenig wir von einer Chorea des rechten Beines oder des Rumpfes sprechen, ebensowenig sollen wir von einer Chorea laryngis als solcher sprechen. Kurt Boas.

O. Heitzmann, Drei seltene Fälle von Herzmißbildung. (Virchows Arch. f. pathol. Anatom. CCXXIII. 1916. H. 1.) Kasuistik. Fall I: Defekt des Septum ventriculorum, Dextraposition der Aorta, Atresie der Pulmonalarterie, Persistenz des Ductus Botalli und einer linken Vena cava superior.

Fall II: Defekt des Septum ventriculorum, Transposition der Gefäße, rudimentärer rechter Ventrikel und linker Vorhof, Fehlen des Ostiums und der Klappen der Triscuspidalis, offenes Foramen ovale, Persistenz des Ductus Botalli, Stenose der Aorta.

Fall III: Abgang der linken Koronararterie aus der Pulmonalis. Dadurch war eine hochgradige schwielige Myokardveränderung mit Aneurysma cordis im normalen Blutversorgungsgebiet der linken Arteria coronaria bedingt. Kurt Boas.

Richard Bielnig, Der Einfluß von Extrakten endokriner Drüsen auf den Mineralstoffwechsel und das Blutbild rachitischer Säuglinge. (Biochem. Ztschr. LXIII. 1914. S. 95.) Das Ergebnis der Untersuchungen des Verf.s ist folgendes:

Im Blute des rachitischen Säuglings zeigte sich:

1. Nach der Injektion von Hammelparathyreoideaextrakt eine mäßige Lymphozytose mit Verminderung der neutrophilen Leukozyten und der Monozyten.

2. Nach der Injektion von Kälberthymusextrakt starke Vermehrung der Monozyten auf Kosten der neutrophilen Leukozyten.

3. Nach der Injektion von Rinderhypophysenvorderlappen Monozytose und relative Leukopenie.

Weiterhin ergab sich:

1. Injektion von Hammelparathyreoidea bedingte eine deutliche Verbesserung der Retention von P, Ca und Mg, die nach dem Aussetzen der Injektion sich wieder rasch verlor. Sie war ohne Einfluß auf den Eiweißumsatz.

2. Kälberthymus hatte keinen Einfluß auf die N-, P-, Ca- und Mg-Bilanz.

3. Der Einfluß der Injektion von Hypopdysenvorderlappen kam nicht eindeutig zum Ausdruck. Trotz vermehrter Kotbildung (latente Verdauungsstörung) wurde eine mäßige Vermehrung der N- und analog der P-Retention beobachtet. Ca- und Mg-Bilanz wurden dagegen ungünstig beeinflußt. Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Wichmann stellt vor: a) **ein Kind mit Lymphangioma simplex der Mundschleimhaut;** b) **Exantheme der Tuberkulose.** a) Wie das histologische Präparat zeigt, verlaufen die Lymphgefäße bis in die Spitzen der Papillen, während normalerweise die Papillen keine oder nur stellenweise Lymphgefäße enthalten. Manche Höhlen enthalten ein bauchiges Endothel, es handelt sich also nicht nur um Ektasien, sondern um einen hyperplastischen Prozeß. b) I. Ein 9jähriges Mädchen mit disseminiertem, fleckenförmigem, mit zentralen narbigen Depressionen einhergehenden Ausschlag im Gesicht und an den Extremitäten. — II. Eine 35jährige Patientin mit symmetrisch unterhalb der Augen und in der Schläfengegend angeordneten, blauroten, pastösen Herden von Linsen- bis Markstückgröße (Angiolupoid). — III. Einen 11jährigen Knaben mit auf beiden Händen symmetrisch entwickelten, serpiginösen, aus Papeln zusammengesetzten Herden. Der Fall wurde als Granuloma annulare von Dr. Brinitzer diagnostiziert. In allen drei Fällen bestand hereditäre Belastung mit Tuberkulose; die lokale Tuberkulinreaktion erwies sich als stark positiv; sie wurde in Form der vergleichenden Intrakutanreaktion in Normalhaut und Krankheitsherd ausgeführt. Vortr. hat diese Methode seit einem Jahre in der Weise ausgearbeitet, daß er bei Kindern für jede Injektion $^1/_{100}$—$^1/_{1000}$ mg, bei Erwachsenen $^1/_{10}$—$^1/_{100}$ mg Alttuberkulin in je 0,1 ccm Flüssigkeit einspritzt. Zum Vergleich wird ferner physiologische Kochsalzlösung in gleicher Flüssigkeitsmenge in Normalhaut und Krankheitsherd eingespritzt. Zur Diagnose der Tuberkulide ist diese Methode um so wertvoller, als es ja nur höchst selten gelingt, die Bazillen nachzuweisen. Bei Anwendung der subkutanen Reaktion würden große Dosen nötig sein, um die Tuberkulide zur Reaktion zu bringen. Diese Methode ist daher besonders bei Kindern gefährlich und hier besser nicht anzuwenden. Die kutanen Reaktionen ergeben ein unzuverlässiges Resultat, da sie nicht quantitativ verwertbar sind. Histologisch zeigt nur der Fall I einen deutlich tuberkuloiden Bau mit Erweichungsherden. Im Falle II und III ist dieser Bau nur angedeutet.

Sieveking: **Häufigkeit der Tuberkulosesterblichkeit des Kindesalters in Hamburg von 1906 bis 1915.** Besprechung an Hand einer Kurve. Der bedeutenden Abnahme im 1. Lebensjahre entspricht eine zwar geringere, doch stetige in allen übrigen Jahresklassen bis zum vollendeten 15. Lebensjahre hin. Dieser im Gegensatz zu Preußen (nach Kirchner) günstige Stand kann in den eigenartigen Verhältnissen der Großstadt (Zuzug junger, gesunder Eltern, Fürsorgearbeit) begründet sein. Er wird bestätigt durch die Erfahrungen der Schulärzte. Jedenfalls ermuntert er zu eifriger Weiterarbeit der gerade auf diesem Gebiete Erfolg versprechenden Fürsorgearbeit aller Art.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 27. Nov. 1916.)

Hoffmann: **Rezidivierende Okulomotoriuslähmung** bei einem 9jährigen Mädchen. Beginn des Anfalls mit starken migräneartigen Kopfschmerzen in der linken Stirnseite, Erbrechen und Übelkeit. Nach einigen Tagen mit gleichzeitigem Eintritt der linksseitigen Okulomotoriuslähmung Verschwinden der Kopfschmerzen und der Allgemeinsymptome. Rückgang unter vorübergehendem Wiederauftreten der Kopfschmerzen nach einigen Wochen. Diese sehr seltenen Fälle werden periodische Augenmuskellähmung oder auch, da zwischendurch auch Migräneanfälle ohne Lähmung auftreten, ophthalmoplegische Migräne genannt. Daß es sich, wenigstens in diesem Falle, um eine organische Erkrankung handelt, beweist die Ea.-R. im Levator palp. sup. In anderen Fällen wurden pathologisch-anatomisch exsudative Prozesse, Tumoren oder Tuberkel gefunden. Therapie: Strychnin. (Naturhistor.-mediz. Verein in Heidelberg, 3. Juli 1917.)

III. Therapeutische Notizen.

Über die Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis mit Tierkohle (Merck). Von Priv.-Doz. D. H. Géber in Kolozvar. Verf. hat seine Fälle durch folgendes Verfahren auffallend rasch gonokokkenfrei gemacht und geheilt: Vulva und Vagina spült er mit Hilfe eines weichen Gummikatheters reichlich mit einer Lösung von 10,000 Kalium hypermanganicum aus. Nach der Spülung trocknet er die Vagina

durch einen Harnröhrenspiegel hindurch gründlichst aus, so lange, bis der zur Austrocknung benützte Wattebausch keine Flüssigkeit mehr ansaugt. Durch den eingeführten Harnröhrenspiegel hindurch, diesen langsam und vorsichtig herausziehend, bläst er reichlich Tierkohle ein. Mit kleiner Übung und Geschicklichkeit können wir durch entsprechende Bewegungen des Spiegels beim Herausziehen desselben auch erreichen, daß sich die so reichlich mit Falten versehene Vagina mehr oder weniger glättet, so daß der eingestäubte feine Kohlenstaub alle Teile der Scheide reichlich bedeckt. Sein Verfahren wendet Verf. täglich zweimal an, und zwar morgens und nachmittags. Natürlich untersucht er in jedem einzelnen Falle auch die Harnröhre, und wenn dieselbe ebenfalls mit Gonokokken infiziert ist, was für die meisten Fälle zutrifft, unterzieht er sie ebenfalls entsprechender Behandlung. Bei seinen Fällen wendet er zur Behandlung der Harnröhre 2%iges Hegonon an. Ebenso gründlich untersucht er alle Fälle auf das Bestehen von Paraurethralgängen, einer Bartholinitis, hin, weil ein diesbezügliches Versehen alle unsere Mühe vergebens machen würde, indem die zurückgebliebene ständige Infektionsquelle die etwa geheilte Vulva und Vagina von neuem infizieren könnte.

(W. kl. W. 1917. Nr. 9).

Typhus und Typhusschutzimpfungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Von Alexander Tschirch in Jena. Bei der im Herbst 1915 in Jena aufgetretenen Typhusepidemie bot sich in der Jenenser Frauenklinik die Gelegenheit zur Beobachtung von 3 Fällen von Abdominaltyphus in Schwangerschaft und Wochenbett und über die Einwirkung der bei 60 Hausschwangeren vorgenommenen Schutzimpfung. Durch die im allgemeinen seltene Komplikation der Schwangerschaft mit Typhus wird sie in den ersten Monaten häufig unterbrochen, ebenso aber auch in ihrer zweiten Hälfte. Während der ersten beiden Geburtsperioden treten in der Regel keinerlei Störungen auf. In der Nachgeburtsperiode kann es zu stärkeren Blutungen kommen. Der Verlauf des Wochenbetts wird im allgemeinen nicht beeinträchtigt. Der plazentare Übergang von Agglutininen von der Mutter auf das Kind kommt auch ohne Infektion des letzteren vor. Typhusschutzimpfungen können in den letzten 4 Schwangerschaftsmonaten ohne Schaden für Mutter und Kind vorgenommen werden. Allgemeinreaktionen treten bei Wöchnerinnen häufiger und stärker auf als bei Schwangeren. Nachteilige Folgen hat die Impfung weder für den Geburts- noch für den Wochenbettverlauf. Die erfolgreiche Schutzimpfung der Mutter darf nicht als eine solche des Kindes aufgefaßt werden. (Arch. f. Gyn. CV. H. 3. — D. m. W. 1916. Nr. 30.)

Die Mittelohrerkrankungen bei Masern und Scharlach. Von Professor Dr. F. Göppert in Göttingen. Über die Prophylaxe schreibt Verf.: „Jede Behandlung sollte am besten mit der Prophylaxe beginnen, und manche Autoren glauben in der Tat, durch Bekämpfung des Nasenkatarrhs vorbeugend wirken zu können. Es werden Einträufelungen von 1%iger Höllensteinlösung (Weiß) oder Paraffin (Nadoleczny) in die Nase empfohlen. Es bleibt Sache des Temperaments, ob man hiervon wirklich Nutzen erwartet. Die Einträufelung von Paraffinum liquidum oder das Einstreichen einer halbflüssigen Salbe mittels Löffelstiels in die Nase

Liquoris Aluminii acetici . . 2,0
Adipis Lanae 8,0
Paraffini liquidi ad 20,0

ist zweifellos für die Nasenpflege günstig und auch deswegen empfehlenswert. Bei stark eiterigem Schnupfen empfiehlt es sich, vorher etwas zur Hälfte mit warmem Wasser verdünntes Wasserstoffsuperoxyd einzuträufeln. Hier ist aber eine genaue Nasenuntersuchung angezeigt, denn eiteriger Schnupfen in der zweiten Hälfte der Krankheitswoche ist oft ein Symptom von Nasendiphtherie. Hier kann eine Serumspritze Krupp, Konjunktivaldiphtherie, gelegentlich wohl auch Mittelohrdiphtherie verhindern. Prophylaktisch wirkt auch zweifellos alles, was die Atmung anregt. So ist bei kleinen Kindern die absolute Ruhe zu vermeiden. Sie müssen aus dem Bett herausgenommen und aufgesetzt werden. Die übliche betäubende Behandlung durch Abschluß von Luft und Licht ist zu verwerfen. Senfmehlbäder mit kühler Begießung müssen den soporösen Kranken vor den Schädigungen durch diesen Sopor schützen. Soweit es hierdurch gelingt, einen schlimmeren Verlauf der Bronchitis zu vermeiden, beugen wir auch dem schlimmen Verlauf der Ohrenentzündung in gewissem Grade vor."

(Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1917. Nr. 5.)

Zur Technik der Intubation bei diphtherischem Krupp. Von Dr. Kurt Morgenstern. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Straßburg i. Els.) Verf. empfiehlt, einen kleineren Tubus, als für das betreffende Alter des Kindes vorgeschrieben ist, zu nehmen (den für ein um 1 Jahr jüngeres Kind). Es wird dadurch der Tubus häufig samt der obturierenden Membran ausgehustet und der Luftweg frei oder wenigstens die Extubation infolge Ausbleibens der reaktiven Schwellung der Schleimhaut wesentlich erleichtert und die Entstehung von Dekubitalgeschwüren und Narbenstenosen vermieden. (Ther. Mhf. Mai 1917.)

Frauenmilch bei Erkrankungen jenseits des Säuglingsalters. Von Professor Dr. L. Langstein. (Aus dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hause zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche, Charlottenburg.) Bei gewissen schweren Störungen ist Frauenmilch auch bei Kindern jenseits des 1. Lebensjahres, sogar nach dem 2. und 3. Lebensjahr, von recht großem Nutzen. Verf. meint insbesondere Fälle von „intestinalem Infantilismus", ferner langwierige dysenterische Affektionen, namentlich dann, wenn das Urogenitalsystem in Mitleidenschaft gezogen ist. Aber auch septische Zustände mit hochgradigem Marasmus gehören zu den Krankheiten, die, wenn überhaupt, auch beim Kinde nach dem 1., im 2. und 3. Lebensjahre, durch nichts besser beeinflußt werden können als durch langdauernde Ernährung mit Frauenmilch. Verf. möchte bei dieser Gelegenheit gleich bemerken, daß er nicht etwa eine durch viele Monate durchgeführte ausschließliche Ernährung mit Frauenmilch meint. Die ausschließliche Ernährung mit Frauenmilch, deren Menge Verf. durchschnittlich bei diesen älteren Kindern zwischen 500 und 800 g hält, die in langsamem Anstieg unter genauer Beobachtung des Kindes erreicht wird, soll sich nur über einen Zeitraum von wenigen Wochen erstrecken. Es hängt das ganz von dem Zustande des Darmes bzw. der Entleerungen, von der Gewichtskurve, vom Allgemeinbefinden ab. Bei den genannten schweren Zuständen kann man gerade im Medium der Frauenmilch den Kindern lebenswichtige Stoffe zuführen, deren sie für Rekonstruktion und Neuaufbau von Gewebe bedürfen, fein pürierte Gemüse, kleine Fleischmengen, Quark, aber auch Kohlehydrate, auf die sie, wenn sie ihnen in Kombination mit Tiermilch gereicht würden, unbedingt mit akuten Darmerscheinungen und Gewichtsabsturz reagieren würden. Das gilt insbesondere für manche Fälle von intestinalem Infantilismus, eine Erkrankung, die Verf.s Meinung nach keineswegs ein einheitlicher Krankheitsbegriff ist, sondern die Affektionen mit verschiedenartiger Pathogenese und auch dadurch bedingter verschiedenartiger Therapie umfaßt. Bei einer Reihe von ihnen scheint die schwere Psychopathie, bei einer anderen die schwere chronische Verdauungsinsuffizienz die primäre Störung zu sein. Gerade bei einer Reihe solcher Fälle hat Verf. sich von dem eminent kurativen Effekt der Frauenmilch überzeugen können, wenn man nur Geduld hat und monatelang dem Kinde, auch wenn es $1^1/_2$ und 2 Jahre überschritten hat, keine Kuhmilch, sondern nur Frauenmilch gibt und auf die Frauenmilch nun andere wichtige Nährstoffe superponiert, Fleisch, Eiweiß, oder auch als Nutrose, Plasmon oder Larosan, Reis, Gerste, fein püriertes Gemüse, Kalk. Dann sieht man selbst in verzweifelten Fällen Erfolge, wenn man nur die Geduld hat, genügend lange, 4 Monate und länger, bei dieser Frauenmilchtherapie zu bleiben. Vollständige Heilung und Gewichtsansatz durch Frauenmilch allein hervorzurufen, wird wohl kaum möglich sein. Dazu wären Mengen notwendig, wie wir sie dem Kinde nur schwer beibringen können, und diese einseitige, rein flüssige Kost ist für viele Monate bei älteren, wenn auch in ihrer Entwicklung stark zurückgebliebenen Kindern sicher nichts Wünschenswertes. Aber ein Zeitraum von 6—8 Wochen genügt im allgemeinen auch, um die Reparation vor allem der gestörten Darmfunktion so weit einzuleiten, daß man andere Nahrungsmittel superponieren kann. Die Entwöhnung von der Frauenmilch muß vorsichtig geschehen. Unter Umständen kann man schon durch eine Zugabe von 50 g Kuhmilch dem Kinde wiederum schaden. Deswegen wird man die erste Menge, die man gibt, nicht höher halten als einige Kubikzentimeter. Werden diese vertragen, ist die langsame Auswechslung der Frauenmilch gegen Kuhmilch unbedenklich. Vor Rezidiven ist man allerdings niemals geschützt. (Ther. Mhf. 1917. Nr. 3.)

IV. Neue Bücher.

Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Von W. Birk. 2. Aufl. Bonn, Marcus u. Weber. Preis M. 6.—, geb. M. 7,60. Ein sehr gutes und für den Praktiker nützliches Werk, das in den jetzigen Zeiten sicherlich noch größere Verbreitung finden wird als früher. Der Verfasser versteht es, kurz und klar alles Notwendige zu betonen und das Gesagte interessant zu machen. Diese 2. Auflage dürfte bald von einer dritten gefolgt werden. Grätzer.

Das Kind und seine Pflege. Von R. Flachs. 3. Aufl. Dresden, Zahn u. Jaensch. Preis M. 4.—. Ein derartiger populärer Berater und Führer der Mütter, herausgebracht von einem bekannten Kinderarzt, hat heute erhöhte Bedeutung und sollte von den Kollegen ihrer Klientel warm empfohlen werden. Es verdient das Büchlein diese Empfehlung durchaus, und es dürfte großen Nutzen stiften. Grätzer.

Neue Dissertationen
(aus deutschen Universitäten).

Benecke, E., Hämorrhagische Diathesen mit Thrombopyämie und fehlender Regeneration im Knochenmark bei Jugendlichen (Berlin). — Bittner, G., Angeborene Verletzungen am kindlichen Schädel (Würzburg). — Borchmann, H., Der angeborene Hautdefekt (Leipzig). — Buchold, F., Einfluß der Kriegsernährung auf die Entwicklung der Neugeborenen (Berlin). — Burger, P., Beitrag zur Frage der kongenitalen Fingerkontrakturen, des kongenitalen und idopathischen Hohlfußes (Straßburg). — Clodius, A., Zur Frage der Anämien des Kindesalters (Kiel). — Cremer, A., Über Hygroma colli congenitum (Berlin). — Dörr, A., Zwei Formen der angeborenen Coxa vara (Würzburg). — Dommel, J., Behandlung der Menorrhagien junger Mädchen ohne tastbare Genitalveränderung (Berlin). — Eitel, H., Die wahre Reaktion der Fäzes gesunder Säuglinge bei verschiedener Ernährung (Berlin). — Fricke, R., Beitrag zur Kasuistik des kongenitalen Radiusdefekts (Berlin). — Gabriel, E., Trauma als Krankheitsursache im Kindesalter (Berlin). — Heidsieck, E., Hysterie im Kindesalter (Kiel). — Heymann, A., Zur Lehre von der partiellen Myotonia congenita (Kiel). — Herbst, K., Stoffwechselversuche an kräftigen und schwächlichen Schulkindern (Berlin). — Hirthreiter, O., Zur Kasuistik der kongenitalen Ösophago-Trachealfistel (München). — Hornbostel, P., Psychische Störungen bei Chorea (Kiel). — Konopinski, B., Kasuistische Beiträge zur Magendarmschwimmprobe bezüglich der Lebensdauer eines Neugeborenen (Würzburg). — Kühne, A., Anwendung des künstlichen Pneumothorax bei Kindern (Berlin). — Kwoczek, J., Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen (Breslau). — Michalczyk, E., Beiträge zur Statistik und Behandlung von Hasenscharten (Breslau). — Pfeiffer, G. K. V., Klinische Untersuchungen über die Harnentleerung beim Säugling (Leipzig). — Rohrs, H., Ödem und Albuminurie bei Scharlachnephritis (Berlin). — Schulz, H., Untersuchungen über den Blutwassergehalt tuberkulöser Kinder des ersten und zweiten Lebensjahres (Berlin). — Schulz, L., Zur Kenntnis der kongenitalen Lipome des behaarten Kopfes (Breslau). — Specht, A., Geburt bei Minderjährigen (Kiel). — Spiegelberg, H. E., Fieber und Tuberkulose im Kindesalter (Berlin). — Vitense, J., Das anatomische Verhalten des Magens bei Rachendiphtherie (Kiel). — Weltmann, M., Die Verletzungen der kindlichen Extremitäten unter der Geburt (Breslau).

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

22. Jahrgang. **Dezember 1917.** Nr. 12.

I. Referate.

Paul Münzberg, Die Gram-Festigkeit der Diphtherie- und der Pseudodiphtheriebazillen und ihre differentialdiagnostische Bedeutung. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität Breslau.) (D. m. W. 1917. Nr. 34.) Zusammenfassung. Die Beobachtungen von Langer und Krüger, nach welchen ein ausgesprochener und weitgehender Unterschied der Diphtherie- und der Pseudodiphtheriebazillen in bezug auf ihre Färbbarkeit besteht, sind mit der Einschränkung zutreffend, daß zwar Diphtheriebazillen niemals einer 15 Minuten langen Entfärbung standhalten, daß aber hie und da auch die Pseudodiphtheriebazillen die beschriebene, einer 15 Minuten langen Entfärbung trotzende Gram-Beständigkeit vermissen lassen.

In der Praxis kann diese Methode als gelegentliches Unterstützungsmittel gute Dienste leisten, namentlich wo es sich um die Differenzierung von Reinkulturen handelt; hier wird eine Gram-Beständigkeit, die eine Entfärbung von länger als 15 Minuten überdauert, Diphtherie mit Sicherheit ausschließen lassen.

Bei den alltäglichen diagnostischen Untersuchungen hingegen wird der Langerschen Methode ein nur sehr beschränkter Wert zuerkannt werden können, da sie höchstens für 6—8-Stunden-Präparate, falls hier die Diphtheriebazillen verhältnismäßig rein enthalten sind, einen Erfolg verspricht, also in Fällen, wo an sich nicht allzu oft Zweifel vorhanden zu sein pflegen. Grätzer.

Wilms (Heidelberg), Halsdrüsentuberkulose und Lazarettbehandlung. (Ebenda.) Verf. ist ein entschiedener Gegner der Exstirpationsbehandlung, bei der Rezidive häufig vorkommen und vorkommen müssen, da bei der Operation gewöhnlich kleine, auch schon mit Tuberkulose infizierte Drüschen zurückgelassen werden. Anders bei der Röntgenbehandlung! Diese dauert zwar länger, aber sie verhütet fast sicher Rezidive, immunisiert gewissermaßen gegen neue Infektionen und kann ambulant durchgeführt werden.

Grätzer.

H. Curschmann (Rostock), Über eine Epidemie von myositischer Pseudogenickstarre. (Ebenda.) Verf. beobachtete ein gehäuftes, epidemisches Auftreten einer durchaus eigenartigen Form des akuten, fieberhaften Muskelrheumatismus der Halsregion während eines bestimmten Zeitabschnittes (1908, Januar bis April) in einem bestimmten Stadt- und Vorortbezirk (Mainz). Unter den Befallenen befanden sich auch Kinder. Um „gewöhnlichen“ Muskelrheumatismus konnte es sich nicht handeln; hohe Temperaturen und schwerer subjektiver Krankheitszustand, das Fehlen einer „Wan-

derung“ des Muskelprozesses sprachen schon dagegen. Allen Fällen war gemeinsam die heftig schmerzhafte akute Erkrankung der Mm. sternocleidomastoidei und trapezii, welche Nackenstarre bedingte. Die Muskelaffektion dauerte im Durchschnitt 6—8 Tage. Stets war im Beginn katarrhalische Angina, Rötung und Schwellung der Tonsillen vorhanden, die akut mit hohem Fieber und der Myositis plötzlich einsetzte oder nach einem Vorstadium (influenzaartig). Das Fieber hörte in leichten Fällen bald auf, sonst blieb eine hohe Febris continua, die lytisch ablief. Erbrechen war im Beginn stets vorhanden, meist auch heftige Kopfschmerzen. Das Bild ähnelte also sehr einer Genickstarre. Aber sonst fehlten alle meningitischen Erscheinungen, und das Leiden wurde sofort durch Salizyl günstig beeinflußt und stellte sich als harmlos heraus. Es handelte sich zweifellos um eine rheumatische Affektion mit epidemischem Charakter, um eine infektiöse Genese des Muskelrheumatismus, wie sie auch von Lenhartz bereits beobachtet worden ist. Grätzer.

L. Justitz, Paravakzine, eine besondere Erscheinung bei der Blatternschutzimpfung. (M. m. W. 1917. Nr. 5.) Eine wenig bekannte, eigenartige Hautinfektion, welche hie und da bei der Schutzimpfung gegen Blattern auftritt, hat v. Pirquet Paravakzine genannt und sagt von derselben, daß es sich um eine selbständige, von der Vakzine zu trennende Infektion handelt. Er meint, daß der Erreger der Paravakzine neben dem Erreger der echten Vakzine in dem vom Kalbe gewonnenen Impfstoff häufig vorkommt und daß Paravakzine gewöhnlich nur deswegen nicht zur Geltung gelangt, weil sie von der Vakzine überwuchert wird. In der älteren Impfliteratur wurde Paravakzine als Keloid, hervorgegangen aus den Inzisionen, aufgefaßt. Und in der Tat ist die Ähnlichkeit mit einem Keloid eine auffallende, so daß Chirurgen, denen Verf. Paravakzine zeigte, auf die Frage, die Sache als Keloid bezeichneten. Verf. zitiert nunmehr die Beschreibung von Pirquet: „Inokulation der Paravakzine bewirkt die sehr langsame Ausbildung einer blutroten, saftigen Papel, die nach 10—20 Tagen eine maximale Ausdehnung von 4—5 mm erreicht und dann langsam eintrocknet, um allmählich zu verschwinden. Zum Unterschiede von der Vakzine behält die Papel der Paravakzine auch auf ihrem Höhepunkte die blutrote Farbe bei, umgibt sich mit keiner geschwollenen, entzündeten Area, sondern zeigt höchstens für kurze Zeit einen undeutlich geröteten, nicht geschwollenen Hof. Die Paravakzine hat mit der vakzinalen Immunität nichts zu tun, ihre Entwicklung wird weder durch vakzinale Immunität gestört, noch übt sie selbst einen immunisierenden Einfluß gegenüber einer späteren Vakzination. Die Paravakzine läßt sich mit dem Saft der Papel auf weitere Hautstellen übertragen.“

Verf. möchte nach seinen Beobachtungen noch hinzufügen, daß die Papel sich am 5. Tage nach der Inokulation zu entwickeln beginnt, nicht näßt und schuppend verschwindet. Zwei Umstände veranlaßten Verf., auf die Paravakzine aufmerksam zu machen, erstens wird dieselbe gewiß in vielen Fällen als positiver Impferfolg angesehen, was tatsächlich nicht der Fall ist, zweitens die interessanten Beobachtungen, welche er gelegentlich der Impfung von Blatternrekonvaleszenten gemacht hat. Bei diesen kam nämlich

ausnahmslos Paravakzine zur Entwicklung, während mit demselben Impfstoff und gleichzeitig auf dieselbe Weise geimpfte Kontrollpersonen einwandfreie Revakzine entwickelten.

Die Impfung wurde in allen Fällen mit frischem Impfstoff aus der k. k. Wiener Impfstoffgewinnungsanstalt vorgenommen, bei 2 Fällen des Epidemiespitales durch kleine Inzisionen, bei 4 Fällen des dortigen Zivilspitals mittels Schabmethode. Von den 6 Variolarekonvaleszenten waren 5 vorher nicht Geimpfte, 1 in der Inkubationszeit ohne Erfolg geimpft.

Mit den 2 Fällen des Epidemiespitales wurden gleichzeitig 4 Kontrollpersonen geimpft, welche sehr schöne Revakzine entwickelten. Der Impfstoff wurde in der gewöhnlichen Weise und Menge aufgetragen.

Durch diese Tatsachen gewinnen v. Pirquets Annahmen, daß es sich bei Paravakzine um einen selbständigen Erreger handelt, sowie daß Paravakzine keine Blatternimmunität bedingt, erhöhte Bedeutung. Wir sehen ja doch gerade in den Fällen mit durch überstandene Variola erworbener Immunität ausnahmslos Paravakzine auftreten. Dort wurde eben durch die bestehende Immunität nur den Vakzinekeimen die Entwicklung unmöglich gemacht, während sich die Paravakzinekeime, welche eben mit Blatternimmunität nichts zu tun haben, ungehemmt ausbreiten konnten. Daß der verwendete Impfstoff genügend Vakzinekeime enthielt, beweist die sehr stark gewachsene Revakzine der 4 Kontrollpersonen, bei welchen sie, durch keine spezifische Immunität gestört, die Paravakzine unterdrücken konnte. Erscheinungen, welche gewiß recht eindeutig sind und eine kräftige Stütze für die Klärung der Paravakzinefrage im Sinne v. Pirquets darbieten.

Nachdrücklich möchte Verf. daher mit v. Pirquet die Wichtigkeit der Paravakzine betonen, besonders deswegen, weil durch ihre Beachtung eine unrichtige Beurteilung des Impferfolges vermieden werden kann, und darauf hinweisen, daß unter allen Umständen Impflinge mit Paravakzine unbedingt nochmals zu impfen sind. Schließlich bemerkt Verf. noch, daß ein Impfstoff, nach dessen Verwendung bei gewöhnlichen Impfungen Paravakzine gehäuft auftritt, als minderwertig zu bezeichnen wäre, da er vakzinekeimarm ist.

Grätzer.

C. Staeubli (Zürich-St. Moritz), Eine physiologische Erklärung für die Eigenart des fötalen Blutkreislaufs. (**Ebenda.** 1917. Nr. 8.) Mit der Geburt erfährt das Sauerstoffbedürfnis des kindlichen Organismus momentan eine ganz bedeutende Zunahme. Die Blutbildung wie die Zirkulation müssen schon im Fötalleben auf die Anforderungen des extrauterinen Lebens eingestellt sein. Im fötalen Organismus kommt es infolge der starken Durchmischung des von der Plazenta kommenden arteriellen Blutes mit venösem Blute zu einer „relativen Anoxyhämie". Infolgedessen wird kompensatorisch die Bildung von roten Blutkörperchen und von Blutfarbstoff stark gesteigert, die Herzarbeit durch die Blutvermischung bedeutend erhöht. Die Funktionen, welche auf diese Art schon intrauterin an Anforderungen angepaßt sind, die das absolut notwendige Maß weit übersteigen, vermögen dann momentan den Bedürfnissen des extrauterinen Lebens zu entsprechen, wenn

bei der Geburt der kindliche Organismus plötzlich auf seinen eigenen Wärme- und Stoffhaushalt angewiesen wird. Grätzer.

Noeggerath, Zwei Vorschläge zur Vorbeuge erhöhter Säuglingssterblichkeit im Sommer 1917. (Aus der Universitätskinderklinik in Freiburg i. Br.) (Ebenda. 1917. Nr. 28.) Die Vermeidung oder wenigstens Einschränkung des in diesem Sommer drohenden Anstieges der Säuglingssterblichkeit haben wir in weitem Ausmaße in der Hand: Erziehung der Bevölkerung zu besseren Pflegesitten und Ermöglichung vermehrten Selbststillens sind die erreichbaren Mittel. Hierzu wird vorgeschlagen:

1. In den einzelnen Bundesstaaten soll unter Leitung der etwa bestehenden Organisationen der Fürsorge für Mutter und Kind und der Herren Medizinalreferenten in den Ministerien des Innern durch Verteilung volkstümlich geschriebener, belehrender Artikel[1]) mit Hilfe der Kanzeln, Schulen, Tageszeitungen und Fürsorgestellen die Kenntnis von der Größe der Gefahr der Sommersterblichkeit der Säuglinge, ihrer Entstehungsursachen und den Verhütungsmaßregeln unter der ganzen Bevölkerung verbreitet werden, wie dies jetzt erstmalig in Baden geschieht.

2. Die gesetzgebenden Körperschaften im Reiche sollten mit möglichster Beschleunigung in die Prüfung der Möglichkeit eintreten, die Reichsstillbeihilfe auch auf diejenigen Mütter auszudehnen, die ihre Kinder nach Ablauf des dritten Lebensmonats während der Sommermonate weiterstillen. Grätzer.

Hans Brunner, Gezeitenamplitude und epileptischer Anfall. (Deutsches Arch. f. klin. Medizin. CXX. H. 2 u. 3.) In dem zeitlichen Auftreten des epileptischen Anfalls sind ähnliche Schwankungen zu erkennen, wie sie an den Gezeiten des Meeres, weniger deutlich an den Gezeiten der Atmosphäre zu beobachten sind.
Kurt Mendel.

G. Anton, Stauungspapille bei Turmschädel. Bemerkungen zu den verschiedenen Arten der Hirnhöhlenerweiterung. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XXXIX. 1916. H. 6.) Fall von Hydrozephalus mit Turmschädel und Stauungspapille bei einem 4jährigen Knaben. Es wurde der Balkenstich ausgeführt. Hierdurch wurde für mehrere Jahre die Stauungspapille beseitigt, und auch die geistige Entwicklung des Pat. besserte sich; die Gehirnpulsation erschien wieder.

Für das Auftreten des Hydrocephalus internus kommen drei Ursachen in Betracht:

1. Die Steigerung der Absonderung der Flüssigkeit,
2. die Behinderung des Abflusses durch die Venen und Lymphräume,
3. der mangelnde Druck von seiten der Hirnwandungen und Schädelwandungen. Kurt Mendel.

K. Fahrenkamp, Über einen atypischen Fall von Chorea minor mit Lähmungserscheinungen, nebst einem Beitrag

---

[1]) Als Unterlage hierzu kann das vom Kaiserin Auguste-Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit usw. herausgegebene „Hitzemerkblatt" (Berlin bei J. Springer) empfohlen werden; auch stehen Exemplare des erwähnten eigenen Artikels zur Verfügung.

zur Kenntnis des Gordonschen Reflexes. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. LIV. 1916. H. 5.) Chorea minor bei einem 9jähr. Kinde mit bulbärparalytischen Symptomen: Paralyse der Hals- und Nackenmuskulatur, Dysphagie, Mutismus. Außerdem unwillkürlicher Harn- und Stuhlabgang. Schließlich konnte das Gordonsche Reflexphänomen lange Zeit hindurch beobachtet werden. Gordon beobachtete im Jahre 1901, daß in zahlreichen Fällen von Chorea minor beim Auslösen des Patellarreflexes nicht eine kurze Zuckung allein auftritt, sondern daß der Unterschenkel durch eine an die Reflexzuckung sich anschließende „tonische Kontraktion" des M. quadriceps längere Zeit gestreckt bleibt, um dann langsam in seine Ruhelage zurückzusinken. Der Gordonsche Reflex ist sehr unbeständig. Mit Hilfe des Saitengalvanometers konnte bewiesen werden, daß der Gordonsche Reflex nicht als ein tonisch verlängerter Patellarreflex aufzufassen ist, sondern als eine choreatische Mitbewegung, die auch ganz unabhängig von dem Beklopfen der Patellarsehne beim Aufheben des Oberschenkels sich einstellen kann. Diese choreatischen Zuckungen zeigen in ihren Aktionsstromkurven keine wesentliche Verschiedenheit von den bei willkürlich innerviertem Muskel gewonnenen Kurven, und nach dem Verhalten der Reaktionszeit ist anzunehmen, daß dieser, die tonische Nachdauer vortäuschende Tetanus der choreatischen Zuckung, der sich nicht von einem Willkürtetanus in dem Aussehen der Aktionsstromkurve unterscheidet, auch gleichen Gehirnteilen seine Entstehung verdankt. Kurt Mendel.

E. Christeller, Funktionelles und Anatomisches bei der angeborenen Verengerung und dem angeborenen Verschluß der Lungenarterie, insbesondere über die arteriellen Kollateralbahnen bei diesen Zuständen. (Virch. Arch. 1916. Nr. 1.) Verf. schlägt vor, die Stenosen und Atresien der Pulmonalarterie vom funktionellen Standpunkt aus nach dem Fehlen oder der Ausbildung von Kollateralen einmal für die Beförderung des venösen Blutes in den linken Ventrikel, dann des arteriellen Blutes zu den Lungen einzuteilen. Beim Fehlen der Kollateralen geschieht die Kompensation durch Hypertrophie des rechten Ventrikels.

Verf. berichtet alsdann über einen Fall von angeborener totaler Atresie der Pulmonalarterie im Bereich der Klappen mit gleichseitiger Verengerung der Arterie und des Konus. Die kompensatorischen Vorrichtungen bestanden in einer Hypertrophie des ganzen Herzens, in Defekten im Septum, der Vorhöfe und der Kammern sowie in Erweiterung der oberen Ösophagealarterie. Der Ductus Botalli war verschlossen. Kurt Boas.

Sellheim, Die Beeinflußbarkeit der Nachkommenschaft. (Reichsmedizinalanzeiger. 1917. Nr. 1.) Der Tübinger Hochschullehrer sieht auch beim Menschen eine Möglichkeit des Einflusses auf das den Eltern in ihren Keimdrüsen anvertraute Keimplasma, z. B. könne man notorisch ungünstige Einwirkungen, wie Mißbrauch von gewissen Giften vermeiden, könnte dem Geburtshelfer Vermeidung jeglicher Schädigung der Frucht zur Pflicht gemacht werden, und endlich dürfe die Mutter das Kind, besonders beim Selbststillen, nicht vernachlässigen. Das wären die wesentlichen, bisher bekannten Punkte, weitere dürfen hoffentlich die fortschreitende Forschung noch

ergeben. Der Ruf nach der „Fortpflanzungspolizei“ sei nutzlos, man müsse vielmehr die gewonnenen Forschungslehren ins Volk tragen.

Kurt Boas.

Georg Lang, Chirurgische Behandlung des Hydrozephalus. (Inaug.-Diss. Heidelberg 1916.) Zwei Fälle von Dauerdrainage des Hydrozephalus mit Einlegen einer Kalbsarterie an der Heidelberger Klinik verdienen der näheren Beschreibung. Bei dem einen Kind wurde ein Hydrozephalus, wahrscheinlich infolge Tumor, diagnostiziert. Operation: Inzision unter Lokalanästhesie über dem rechten Stirnbein. Der weiche, filzige Knochen wird bis auf eine handtellergroße Öffnung abgetragen. Punktion. Ohne tiefes Eingehen kommt schon Liquor in großer Menge aus dem mutmaßlichen, vergrößerten Seitenventrikel. Ablassen von etwa 50 ccm Flüssigkeit. Einführen einer mittelgroßen, präparierten Kalbsarterie in den Seitenventrikel durch eine kleine Duraöffnung. Das Arterienrohr drainiert den Hydrocephalus int. in den Epiduralraum bzw. unter die Haut. Zurückklappen und Fixieren des Hautlappens. Die Dauerdrainage heilte gut ein. Allgemeinbefinden war gut. Kind war stets teilnahmsvoll und verständig. Nach Entfernung der Fäden wurde es auf die innere Abteilung verlegt.

Der andere Fall mit der Diagnose „Hydrocephalus internus“ wurde ebenfalls von Professor Wilms in Mischnarkose operiert. Subtemporale Umschneidung eines Hautlappens in Fünfmarkstückgröße. Zurückklappen des Musc. temp. Eröffnung der Dura in minimaler Ausdehnung, um den vermutlich erweiterten Ventrikel zu punktieren. Man erhält Liquor, schräg nach hinten und innen. In dieser Richtung wird auf einem Katheter eine sterilisierte Kalbsarterie eingeschoben, aus der nun der Liquor abfließt. Temporalmuskel und Hautlappen werden rasch auf die Öffnung gelegt, um ein zu rasches Abfließen zu verhindern, und mit Naht geschlossen. Arterie wurde mit Naht fixiert. Pat. ist vollkommen ruhig, und auffallende Besserung ist eingetreten. 9 Tage nach der Operation wurden die Fäden entfernt; es besteht noch eine kleine fistelnde Stelle. Nach 14 Tagen schließt sich die Fistel, gleichzeitig tritt Fieber auf. Es bildete sich ein subkutaner Abszeß. Abfluß von dickem rahmigen Eiter. Wunde schließt sich wieder vollkommen. Der Zustand des Kindes wurde jedoch wieder schlechter. Die zunehmende Verschlechterung bestimmte zur Vornahme des Balkenstiches zur Verminderung des Hirndruckes. Professor Wilms machte unter Lokalanästhesie auf Scheitelhöhe einen Medianschnitt, präparierte die Galea stumpf zurück bis zur Freilegung der Sutura sagitt. und coron. Es wird links von der Kreuzungsstelle beider, und zwar etwa 2 cm nach hinten von der linken Sutura coron. und $1^1/_2$ cm nach lateral von der Sutura sagitt. eingegangen, indem mit dem Trepan ein etwa 7 mm im Durchmesser großes Loch gebohrt wird, worauf man durch die freiliegende Dura in die Tiefe punktiert, bis heller Liquor abfließt. Ablassen von etwa 30—40 ccm Liquor. Pat. läßt keinen Erfolg verspüren im Gegensatz zur Dauerdrainage bei der ersten Operation. Er starb 8 Tage nach der Operation.

Alle diese Methoden haben die Therapie des Hydrozephalus nicht wesentlich gebessert. Es sind wohl vorübergehende Erfolge

erzielt worden. Abgesehen von der Punktion und der Drainage sind die Methoden von Payr, v. Bramann und Anton noch sehr jung, so daß deren weiterer Ausbau in der Zukunft liegt. Kurt Boas.

K. Gaugele, Über die Behandlung der angeborenen Hüftgelenkverrenkungen. (Ztschr. f. orthopäd. Chirurgie. XXXIV. H. 3 u. 4.) Angabe einer Bandage, die eine Verkürzung der Gipsverbandperiode und eine sorgfältige Kontrolle der Nachbehandlung gestattet. Die Resultate des Verf.s sind seit Benutzung der Bandage sehr gute. Kurt Boas.

Richter, Die Frage der Dienstfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit bei der erethischen Form des angeborenen Schwachsinns. (Deutsche militärärzti. Ztschr. 1915. H. 1 u. 2.) Von den beiden Formen des angeborenen Schwachsinns verhindert nach Ansicht des Verf.s die erethische (erregte, variable) Form in jedem Falle die Ausbildung und die Ausübung des militärischen Dienstes im Sinne der Anlage 1 h 15. Für die torpide (stumpfe, apathische, anergetische) Form stellt Verf. anheim, zu bedenken, daß diese einmal, wenn auch selten, in die erethische übergehen kann. Bei bestehender Erkenntnis der Strafbarkeit einer Handlung muß selbst bei dem Vorhandensein einer gewissen Urteilsschwäche die Zurechnungsfähigkeit beim angeborenen Schwachsinn angenommen werden. Im Interesse der militärischen Disziplin muß die Grenze der Unzurechnungsfähigkeit im Gegensatz zur Grenze der Dienstunbrauchbarkeit beim angeborenen Schwachsinn, speziell bei den moralisch minderwertigen erethischen Schwachsinnigen, durchaus eng gehalten werden. Selbstverständlich soll bei berechtigtem Zweifel die Frage der Zurechnungsfähigkeit zugunsten des Angeklagten entschieden werden. Kurt Boas.

Kurt Boas, Kritische Bemerkungen über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Chorea minor und Syphilis. (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. XXXVII. 1917.) Eine echte syphilitische Chorea minor gibt es nicht, weder auf der Grundlage einer angeborenen, noch auf derjenigen einer erworbenen Syphilis.

Dagegen gibt es zweifellos gewisse Formen der kongenitalen Hirnlues, die vorwiegend unter dem Bilde choreiformer Zuckungen verlaufen. Bei näherer Betrachtung dieser Fälle wird man auch anderweitige Symptome einer syphilitischen Hirnerkrankung finden, wie z. B. Nystagmus. Für diese Fälle wird man verlangen müssen, daß sie erstens nach der serologischen Richtung den Hauptbedingungen einer syphilitischen Erkrankung genügen, d. h. zum mindesten positive Wa.-R. im Blute, unter Umständen vielleicht — dies bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten — in demselben Sinne sprechende Veränderungen des Liquor cerebrospinalis. In zweiter Linie müssen gewisse Atypien im Verlaufe, z. B. lange Dauer und Neigung zu Rezidiven, vorhanden sein, ferner gewisse symptomatologische Eigenarten, wie sie oben erwähnt wurden. An dritter Stelle wäre als Kriterium für eine syphilitische Grundlage der Beweis durch die Wirksamkeit der antisyphilitischen Therapie zu erbringen, wobei das Schwergewicht auf die Quecksilberbehandlung zu legen ist, während einer günstigen Beeinflussung durch die Salvarsanbehandlung geringerer Wert beizumessen wäre.

Noch weniger als mit der echten, selbständigen Chorea minor bestehen ätiologische Zusammenhänge zwischen der Syphilis und der Huntingtonschen Chorea. Hier liegen sicherlich bloß rein zufällige Komplikationen vor ohne jede innere Krankheitsverwandtschaft.

Endlich bestehen auch keine endogenen Beziehungen zwischen Paralyse und Chorea. Es ist auch hier wieder darauf hinzuweisen, daß schon die Verschiedenheit in den Altersstufen, in denen eine Paralyse einerseits, eine echte Chorea minor andererseits in die Erscheinung tritt, von vornherein gegen einen solchen Zusammenhang spricht, wenn man von den eminent seltenen Fällen von Zusammentreffen der Chorea minor mit juveniler Paralyse abstrahiert, wie sie bisher bloß in einem Falle (Major) in der Literatur beschrieben worden ist. Schon der Umstand, daß bei dem Zusammentreffen von Chorea und Paralyse sowohl die Chorea als auch die Paralyse zahlreiche Abweichungen von dem gewöhnlichen Symptomenbilde jeder der beiden Erkrankungen aufweist, deutet darauf hin, daß wir es hier mit einer Abart der progressiven Paralyse zu tun haben, nämlich dem von Binswanger als hämorrhagische Form der Paralyse bezeichneten Typus, welchem auch ein entsprechendes anatomisches Substrat in Gestalt feinster miliarer Blutungen in der Hirnsubstanz zur Seite steht. Jedenfalls kann es sich hierbei niemals um eine echte Form der Chorea minor handeln, sondern stets nur um ein atypisches Syndrom der Paralyse, bei welchem choreiforme Zuckungen das Krankheitsbild beherrschen, genau so wie in anderen Fällen paralytische Anfälle dem ganzen Krankheitsbilde ein besonderes Gepräge verleihen. Kurt Boas.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Kriegstagung der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Leipzig, 22. September 1917.

(Nach D. m. W.)

1. A. Schloßmann (Düsseldorf): **Kinderkrankheiten im Kriege.**

Die Folgeerscheinungen des Krieges in bezug auf das Kindesalter sind lokal verschieden. Erfahrungen eines einzelnen dürfen daher nicht verallgemeinert werden; durch Aussprache der verschiedenen Beobachter aus den verschiedenen Gegenden des Reiches, wie sie ein Kongreß zeitigt, wird man am ehesten zu einem richtigen Gesamtbild gelangen. Zweifelsfrei hat unter der Einwirkung des Krieges eine beträchtliche Verminderung der Geburtenzahl in Deutschland stattgefunden. Im Regierungsbezirk Düsseldorf bezifferte sich diese Zahl 1914: 29,5, 1915: 21,8, 1916: 16,3 auf 1000. Insgesamt wird man in Deutschland mit einer Geburtenzahl von unter einer Million zu rechnen haben. Qualitativ läßt aber das Neugeborene nichts zu wünschen übrig, in guter Entwicklung und mit normalem Gewicht kommen die Kinder zur Welt. Der Begriff „Kriegsneugeborene" wurde mit Unrecht geprägt. Trotz der scharfen Inanspruchnahme der weiblichen Arbeitskräfte hat die natürliche Ernährung eher zu- als abgenommen. Erkrankungen durch Unterernährung sind im Kriege viel seltener als Erkrankungen durch Überfütterung in der Friedenszeit. Insbesondere fällt die Abnahme von Ekzem, Rachitis und Spasmophilie auf. Dagegen haben die Erkrankungen an kongenitaler Lues zugenommen. Die Schulkinder befinden sich nach übereinstimmendem Urteil bei durchaus genügender Nährstoffzufuhr in gutem Zustande, erst jenseits des zehnten Lebensjahres macht sich eine Verminderung der Gewichtszunahme — innerhalb erträglicher Grenzen — geltend. Von Seuchen ist das Kindesalter dank der öffentlichen Gesundheitspflege verschont geblieben. Nur die Tuberkulose scheint in Zunahme zu sein. Dabei soll dahingestellt sein, ob die stärkere

Verbreitung der Tuberkulose eine Folge der Verminderung der Widerstandsfähigkeit des Kindes oder der größeren Infektionsmöglichkeit ist. Auch die Progredienz der Tuberkulose im Kindesalter, sowohl der allgemeinen als der Lungentuberkulose, ist auffallend und vielleicht mit dem mangelnden Fettansatz in ursächliche Verbindung zu bringen. Dringend notwendig ist deshalb, daß der Behandlung der Tuberkulose wieder volle Aufmerksamkeit zuteil und besonders die frühzeitige Behandlung kindlicher Tuberkulose erleichtert wird. Die akuten epidemischen Kinderkrankheiten haben mit der Länge des Krieges weder sich auffällig gehäuft, noch einen bösartigen Charakter angenommen. Ursachen lokaler Steigerung dieser Erkrankungen waren mitunter schlecht geführte Kinderheime und Krippen. Schwere Fälle von Ruhr kamen auch im Kindesalter zur Beobachtung. Im ganzen ist der Verlauf der Infektionskrankheiten aber günstig und beweist, daß durch die Kriegsernährung eine konstitutionelle Schädigung der Kinder nicht eingetreten ist.

Besprechung. Göppert (Göttingen) bestätigt die günstige Entwicklung der Kinder während des Krieges, freilich oft auf Kosten der Mütter, die auf wichtige Lebensmittel zugunsten der Kinder verzichten. Die Zunahme der Kindertuberkulose ist auch ihm außer Zweifel, und zwar bezieht er sie auf die vermehrte Infektionsgelegenheit (Pflege durch Schwindsüchtige). Daß die Ernährung nicht die Hauptrolle bei der beobachteten Tuberkuloseverbreitung spielt, geht aus der Zunahme der Tuberkuloseerkrankungen in der ländlichen Bevölkerung hervor.

Brüning (Rostock) hat in seinem Tätigkeitsbereiche eine Zunahme der Rachitis beobachtet, Vogt (Magdeburg) ebenfalls.

Noeggerath (Freiburg) weist darauf hin, daß die Ernährung für gesunde Kinder wohl ausreichend ist, nicht aber für schwächliche, für die Zulagen von Eiweiß und Fett mitunter wünschenswert wären. Bezüglich des Nervensystems im Kindesalter gibt das Verhalten der Kinder bei Fliegerangriffen interessante Aufschlüsse. Ergriffen wird eigentlich nur das konstitutionell minderwertige Kind, während das normale gleichgültig bleibt.

Siegert (Cöln) hat gelegentlich von Fliegerangriffen nur in den Familien aufgeregte Kinder gesehen, in denen aufgeregte Eltern waren. Rachitis ist nach seiner Beobachtung nicht seltener geworden.

Keller (Berlin) erblickt in der Zunahme der Tuberkulose in Polen einen Beweis für die Bedeutung der Ernährung bei der Ausbreitung der Tuberkulose.

Hohlfeld (Leipzig) fordert für Krippe und Kinderheim ärztliche Leitung.

Birk (Kiel) beobachtete schwere toxische Schädigungen bei Einreibung von Kindern mit dem im Kriege mancherorts gebräuchlichen Vaselineöl.

Rietschel (Würzburg) glaubt, daß die Zunahme der Tuberkulose mehr durch die Ernährungsbesonderheiten bedingt ist als durch Verbreitung der Infektionsmöglichkeit. Auf die Häufigkeit von Oxyuren und Enuresis macht er aufmerksam.

Meier (München) regt eine Erklärung der Gesellschaft für Kinderheilkunde an über die Gefahren, die von schlecht geführten Krippen dem Kindesalter erwachsen.

Peiper (Rostock) macht für das Auftreten von Oxyuren und Trichophytie hauptsächlich den Mangel von Seife verantwortlich.

Flachs (Dresden) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des psychischen Faktors für das Ernährungsresultat.

Lugenbühl (Wiesbaden) verlangt eine Zulage von eiweiß- und fettreichen Nahrungsmitteln für schwache, besonders für darmschwache ältere Kinder, die oft das Kohlehydrat nicht zu assimilieren imstande sind.

Langstein (Berlin): Die Kriegsernährung der Säuglinge nähert sich einem Idealzustand, dagegen ist die älteren Kindern zustehende Nahrung nicht für alle Kinder verdaubar. Eine Erhöhung der Eiweiß- und Fettration wäre auch wegen der Zunahme der Tuberkulose von Bedeutung. Die ärztliche Leitung der Krippe darf sich nicht auf gelegentliche Überwachung beschränken, sondern nur bei täglicher Kontrolle wird man der Infektionsgefahr Herr werden.

Thiemich (Leipzig) schließt sich der Forderung auf Erhöhung der Eiweiß- und Fettration für ältere Kinder an.

L. F. Meyer (Berlin): Für die Bedeutung der Ernährung bei der Immunität spricht der verschiedenartige Ablauf der Ruhr bei gut ernährten Soldaten einerseits und schlechter ernährten Landeseinwohnern im besetzten Gebiet andererseits. Während die Mortalität bei Soldaten relativ gering blieb, stieg die Sterblichkeit bei der Panjeruhr in diesem Jahre auf 20—30%. Auch im klinischen

Ablauf der Ruhr zeigten sich Verschiedenheiten. Die Panjeruhr führte in nahezu der Hälfte der Fälle zu Ödemen, die bei Soldaten nur sehr selten auftraten. Ein besonders schwerer Verlauf zeichnete die Kinderruhr aus.

Auch Bauer (Düsseldorf) betont den schweren Verlauf der diesjährigen Ruhr bei Kindern.

Niemann (Berlin) hat die Erfahrung gemacht, daß in ländlichen Bezirken noch immer die Überernährung mit Milch auch während des Krieges im Schwange ist.

Schloßmann (Schlußwort): Die toxischen Erkrankungen nach Einreibung mit Vaselineöl sind aller Wahrscheinlichkeit nach auf Verunreinigungen noch unklarer Art zurückzuführen.

2. Birk (Kiel): **Demonstrationen zur Behandlung der Thymushyperplasie des Säuglings mit Röntgenstrahlen.**

Es gibt zwei verschiedene Formen der Thymushyperplasie des Säuglings: erstens die im Bilde des Status thymico-lymphaticus vorkommende und zweitens die einfache, angeborene Thymushyperplasie beim im übrigen normalen Kinde. Im ersten Falle ist die Vergrößerung der Thymus eins der Symptome, im zweiten Falle ist sie die Krankheit selbst. Beim Status thymico-lymphaticus ist nur die Veranlagung angeboren, die eigentlichen krankhaften Erscheinungen dagegen entwickeln sich erst im Laufe des Säuglingsalters. Wenn also schon bei der Geburt eine hyperplastische Thymus vorhanden ist, so kann sie unmöglich zu einem Status thymico-lymphaticus gehören, sondern muß etwas grundsätzlich anderes sein. Ein zweiter Unterschied wird durch den „plötzlichen Tod" gegeben, an dem viele Kinder mit Status thymico-lymphaticus sterben. Dieser ist aber nichts Charakteristisches für den Status thymico-lymphaticus, sondern kommt auch bei anderen Kindern vor, aber immer nur bei nervösen. Dieser nervöse Einschlag spielt stets in den Status lymphaticus hinein und ist die Ursache des Thymustodes. Die Thymus hat mit dem plötzlichen Tode aber nichts zu tun. Das deutet auch schon die Art des Sterbens an: die Kinder sterben an einem akuten, irreparablen Herzstillstand, aber nicht an Erstickung. Demgegenüber ist die einfache Thymushyperplasie angeboren. In der Literatur finden sich eine große Anzahl derartiger Fälle beschrieben. Auch Vortr. hat einen Fall beim Neugeborenen am Tage nach der Geburt klinisch festgestellt, im Röntgenbilde die hyperplastische Drüse wiedergefunden und diese am nächsten Tage bei der Sektion ebenfalls nachgewiesen. Die Wirkung der hyperplastischen Thymus ist ein Druck auf die Luftröhre. Letztere ist in diesen Fällen — im Gegensatz zum Status thymico-lymphaticus — nicht als normal anzusehen, da auf sie der Druck der Thymus schon bei der fötalen Entwicklung einwirkt. Ihr knorpeliger Aufbau wird schwer geschädigt, es kommt sogar zur Erweichung der Trachea. Damit werden für späterhin die Vorbedingungen geschaffen, daß die Thymus die Luftröhre zusammendrücken kann. Während beim Status thymico-lymphaticus also die Thymusbehandlung unnütz und überflüssig ist, ist sie bei der einfachen Thymushyperplasie außerordentlich indiziert. Man hat dann die Wahl zwischen chirurgischer und Röntgenbehandlung. Vortr. hat fünf Kinder mit einfacher Thymushyperplasie behandelt und in allen Fällen ein klinisch wie anatomisch sehr befriedigendes Ergebnis erzielt.

Besprechung. Lange (Leipzig) weist auf die Veränderungen der Gefäße durch die Thymushyperplasie hin.

Göppert (Göttingen) hat schon bei häufiger Durchleuchtung auch ohne nachweisbare Verkleinerung der Thymushyperplasie Besserung der Erscheinungen beobachtet.

Siegert (Cöln) warnt vor einer vorschnellen Einteilung im Sinne von Birk, die ihm zu schematisierend erscheint.

3. Kleinschmidt (Berlin): **Zur Kenntnis der akuten lymphatischen Leukämie im Kindesalter.**

Die Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes macht eine Gruppeneinteilung nach klinischen Gesichtspunkten notwendig. Neben die geläufige Krankheitsform, die durch die generalisierte Hyperplasie der peripherischen Lymphdrüsen charakterisiert ist, tritt diejenige, welche durch Schwellung der mediastinalen Drüsen und der Thymus die Erscheinungen des Mediastinaltumors macht, und weiter der Mikulicz-Typ durch Vergrößerung der Tränen- und Speicheldrüsen. Hierher gehört auch das Chlorom, eine Leukämie mit hauptsächlicher Lokalisation subperiostal am Gesicht und Schädel. Am wenigsten gewürdigt wurde bisher die anämische Form, bekannter sind die perakut verlaufenden Formen

unter schwerster hämorrhagischer Diathese und gangränös-nekrotischen Prozessen im Rachen. Bei Besprechung der Blutveränderungen legt Vortr. besonderes Gewicht auf die sog. aleukämischen Formen der Erkrankung, wie es ihrer Häufigkeit entspricht, und den Wechsel der Leukozytenwerte bei dem gleichen Krankheitsfall. Die kleinzelligen Formen der lymphatischen Leukämie überwiegen die großzelligen. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen gleichen denjenigen beim Status lymphaticus. Diese Tatsache, in Verbindung mit der bei Infekten gelegentlich auftretenden lymphatischen Reaktion im Blute lymphatischer Kinder, legt die Vermutung nahe, daß die Entstehung der lymphatischen Leukämie eine Disposition voraussetzt, wie sie im Status lymphaticus gegeben ist.

Nonne: **Scapula scaphoidea** (Graves). 14jähriger Knabe, der den ausgesprochenen Typus der Scapula scaphoidea (Graves) zeigt. Der Knabe kam wegen körperlicher Adynamie auf die Abteilung von Nonne. Er war blaß und mager. Die inneren Organe waren normal. Es fanden sich keine Zeichen von Lues hereditaria, doch ergab die Untersuchung des Blutes Wa.-R. + + +. Von körperlichen sonstigen Degenerationszeichen fanden sich hier: Rigidität und Schlängelung der A. radialis; psychische Stigmata fehlten. Patient war unehelich geboren. Die Untersuchung der Mutter ergab ausgesprochene Paralyse. Vier Wochen später starb die Mutter an einer akuten Infektion, und Nonne konnte die Obduktion ausführen. Makroskopisch: Paralyse, Aortitis syphilitica incipiens. Nonne referiert über die einschlägigen Arbeiten von Graves, Kellner und Clemens, Kollert, E. Reye und Dräseke. Es dürfte nach diesen Arbeiten feststehen, daß Scapula scaphoidea zu den Degenerationsstigmata zu zählen ist. Als belastend kommen in Betracht Lues, Alkoholismus, Tuberkulose, Psychopathien der Aszendenten. „Die Scapula scaphoidea ist in der Rangklasse ein Degenerationszeichen, das klinisch und kriminalanthropologisch zu verwerten ist" (Dräseke). Für die Wichtigkeit der Lues, als dieses Degenerationszeichen determiniert, spricht wieder der hier vorgestellte Fall.

Rüder: **Mißbildung bei einem Neugeborenen.** Gleich nach der Abnabelung kollabierte das äußerlich sehr wohlgestaltete, kräftige, ausgetragene Kind, das vorher mehrfach laut geschrien hatte. Die Sektion ergab einen kindsfaustgroßen Defekt links im Zwerchfell, vor dem vorn links nur eine schmale Spange erhalten war. Durch die vorhandene Lücke war der Magen, und zum großen Teil der Dünndarm, in die Brusthöhle übergetreten, und beide hatten das Herz vollkommen nach rechts verdrängt. In der Familie der Eltern waren keine Mißbildungen sonst vorgekommen. Das erste Kind ist normal entwickelt.

Wichmann: **Gesichtslupus.** Vorstellung eines 14jährigen Mädchens, das seit dem 2. Lebensjahre einen vorgeschrittenen Gesichtslupus aufweist. Das untere Drittel der Nase, die Oberlippe waren zerfressen; beiderseits bestanden Hornhautgeschwüre sowie eine starke Entzündung der Lider. Infolge der bestehenden Lichtscheu war Sehen fast unmöglich, so daß das Mädchen auf Führung angewiesen war. Das Kind ist lediglich mit Tuberkulinimpfung nach Ponndorf behandelt worden, welche im ~~Verlaufe von~~ 5 Monaten viermal durchgeführt wurde, und zeigt jetzt eine ideale Abheilung, bis auf relativ geringe Lupusreste; äußerlich hat keine Behandlung stattgefunden. Histologisch sieht man, wie ein neugebildetes, lymphozytenreiches Granulationsgewebe gegen die tuberkulösen Herde vordringt. Im ganzen wurden 55 Kranke mit Haut-, Schleimhaut- und Knochentuberkulose der Behandlung nach Ponndorf unterzogen; in 9 Fällen fand eine deutliche günstige Beeinflussung der Tuberkulose statt. Eine derartige erfolgreiche Einwirkung wie in dem oben dargelegten Falle hat Vortr. auf Grund seiner Erfahrungen bei anderen Tuberkulinmethoden nicht feststellen können, auch muß betont werden, daß diese Methode ungefährlich ist. Wenn im Vergleich zu den von Ponndorf veröffentlichten Ergebnissen die Anzahl der günstigen Erfahrungen prozentualiter gering ist, so kann dies nicht nur in dem verschiedenartigen Material bedingt sein, sondern liegt in dem einer jeden Tuberkulinmethode eigenen Fehler begründet, daß nicht immer ein Tuberkulin verwandt wird, auf welches die Rezeptoren der Tuberkuloseantikörper des betreffenden Patienten passen. Vortr. verwendet daher seit Monaten zur Behandlung einen Extrakt, der aus den Lymphdrüsen des betreffenden Patienten selbst hergestellt ist (aktive und passive Immunisierung durch „Eigenextraktbehandlung"). Demonstriert wird ein 24jähriger junger Mann, der einen Lupus der Nase aufwies und nun durch Verabfolgung eines aus seiner exstirpierten submentalen Lymphdrüse gewonnenen Extraktes geheilt ist. (Ärztl. Verein in Hamburg, 27. Febr. 1917.)

III. Neue Bücher.

R. Th. v. Jaschke. **Physiologie, Pflege und Ernährung des Neugeborenen.** Wiesbaden, I. F. Bergmann. 25 M.

Der „Neugeborene" ist jetzt nicht nur für die Eltern, sondern auch für den Staat ein in höchstem Grade wertvolles Gut. Die Ärzte werden sich noch mehr als bisher mit diesem Gut zu beschäftigen haben, sie müssen ihre Kenntnisse erweitern und vertiefen, um das kostbare Gut der Allgemeinheit zu erhalten, gesund und kräftig zu erhalten. Eine lückenlose Darstellung der Physiologie des Neugeborenen einschließlich der gesamten Pflege besaßen wir noch nicht, und es ist deshalb das Werk des Gießener Klinikers um so freudiger zu begrüßen, das uns in vortrefflicher Weise in Wort und Bild — das Werk enthält 94 sehr gute Abbildungen — über den neuesten Stand dieser Materie unterrichtet. Ein weitumfassendes Literaturverzeichnis bildet den Abschluß des Buches, das zweifellos in die Bibliothek jedes modernen Praktikers gehört und eingehenden Studiums wert ist. Grätzer.

C. v. Pirquet. **System der Ernährung.** Berlin, J. Springer. 1. Teil. 8 M.

Auch dieses Buch, welches einem der wichtigsten Abschnitte der gleichen Materie gewidmet ist und einen sehr erfahrenen Kinderarzt zum Autor hat, kann des Interesses der Ärzte sicher sein, zumal heute, wo mehr als je die Ernährung im Mittelpunkte wissenschaftlicher Erörterungen und praktischer Maßnahmen steht. Der Praktiker muß heute vertraut sein mit allen Einzelheiten dieses Gegenstandes und wird daher ein Buch wie das vorliegende gern zur Hand nehmen. Grätzer.

St. Engel. **Die Ernährung des Säuglings.** Wiesbaden, I. F. Bergmann. 3,70 M.

Auch hier eine Unterweisung über zweckmäßige Ernährung des Säuglings nach modernen Prinzipien. Kurz und leicht faßlich soll das Thema dem beschäftigten Praktiker dargestellt werden, und der Verfasser hat es in der Tat verstanden, diese Aufgabe aufs beste zu lösen. Trotz des geringen Umfanges enthält das Büchlein alles, was zu wissen nötig ist, ja, noch 15 Abbildungen findet man darin. Das kleine Werk verdient weite Verbreitung und wird sie finden. Grätzer.

R. Hecker und Schwester Woerner. **Hilfsbuch der Säuglingspflege.** München, F. Hanfstaengl. Preis: 1 M. (bei 50 Stück 90 Pfg., bei 100 Stück 80 Pfg.

Ein populäres Buch im besten Sinne des Wortes! In kurzer Zeit war die erste Auflage vergriffen. Kein Wunder, denn auch die Mütter sind sich heute darüber klar, daß ausreichende Kenntnisse über Pflege und Ernährung des Säuglings unbedingtes Erfordernis sind. Präzis und klar gibt das Büchlein Auskunft selbst über die — scheinbar — nebensächlichsten Dinge, in Wort und Bild, was zu tun, was zu unterlassen ist, will man den Säugling am Leben und gesund erhalten. Jeder Arzt empfehle es seiner Klientel. Grätzer.

Wegen der Schwierigkeiten in der Herstellung muß das Erscheinen des

„Zentralblattes für Kinderheilkunde"

bis auf weiteres eingestellt werden.

Der unterzeichnete Verlag möchte die Gelegenheit benutzen, um Herrn Sanitätsrat Dr. Eugen Grätzer, der die Redaktion des Zentralblattes während eines Zeitraumes von 22 Jahren mit Umsicht, Liebe und Geschick geführt hat, den herzlichsten Dank für seine ersprießliche Tätigkeit auszusprechen.

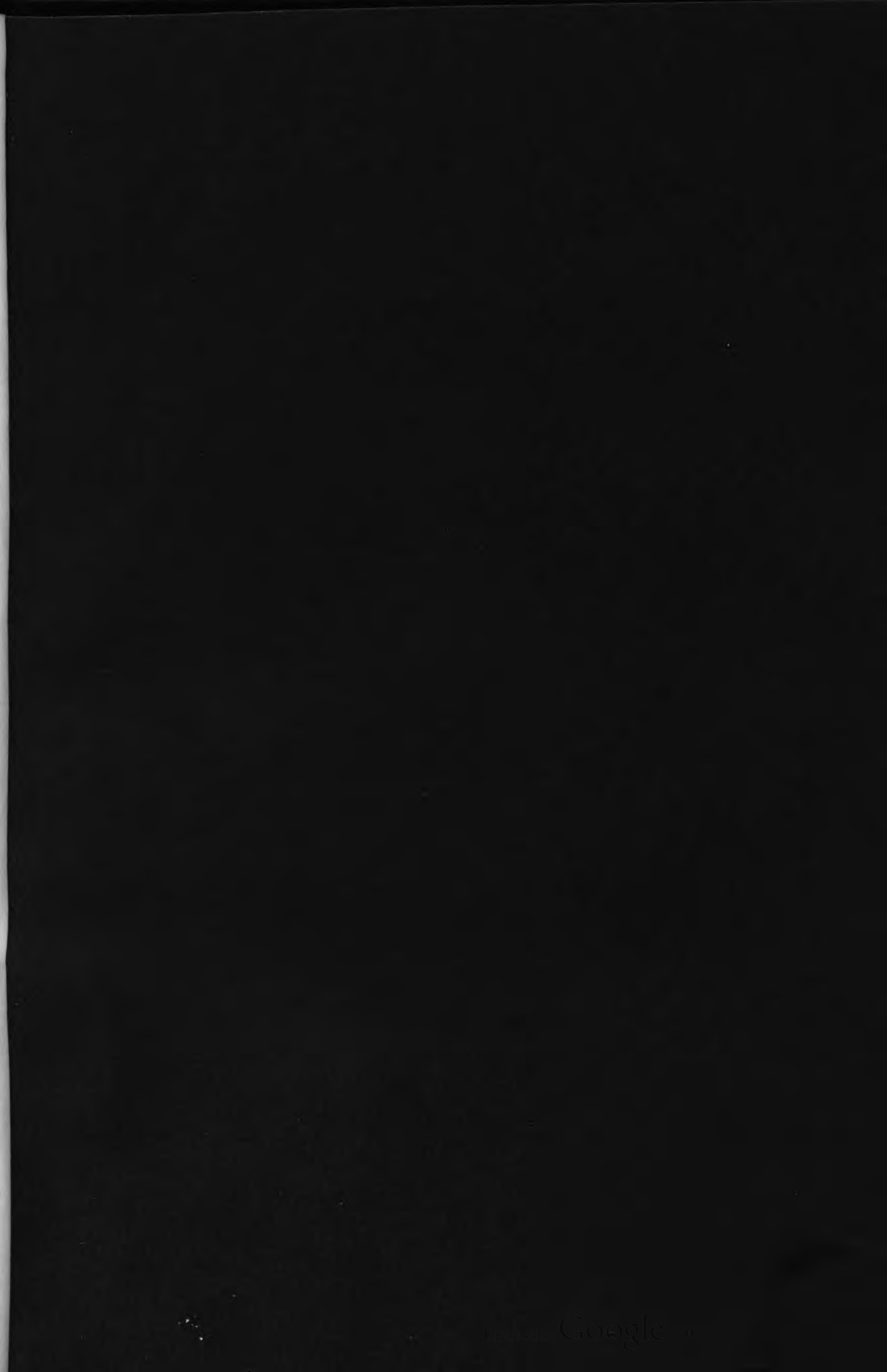
Leipzig. Johann Ambrosius Barth.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Namenverzeichnis des 22. Jahrganges.

Sachverzeichnis des 22. Jahrganges.








UNIVERSITY OF CHICAGO
79 870 723